中西医结合专科病诊疗大系

风湿病学

总主编 陈茂仁 张俊龙

段学忠 主编

山西科学技术出版社

R593.1
D4Z

105074

中西医结合专科病诊疗大系

风 湿 病 学

主　编　段学忠

副主编　熊传棨　傅新利

中国人民解放军医学图书馆
藏书

山西科学技术出版社

C0191567

责任编辑　郭博信
复　　审　赵志春
终　　审　王　慷

中西医结合专科病诊疗大系

风湿病学

总主编　陈茂仁　张俊龙
主　编　段学忠

*

山西科学技术出版社出版　（太原并州北路69号）
山西省新华书店发行　　铁三局印刷厂印刷

*

开本：787×1092　1/16　印张：30.5 字数：746　千字
1997年10月第1版　1997年10月太原第一次印刷
印数：　1－5000册

*

ISBN　7－5377－1449－5
R·583　定价：33.00元

编委会主任　张俊龙

总　主　编　陈茂仁　张俊龙

编　　委　（按姓氏笔画为序）

马金凤　王　凯　王　钢　王元元
王东梅　吕　波　吕志平　孙兆英
宋鲁成　汪受传　邱红明　刘瑞芬
李如辉　李景阳　苏勋庄　张　娟
张俊龙　张俊忠　张洪斌　苗爱勤
金　实　金　星　陈茂仁　周光林
赵秀芳　祝维峰　段学忠　秦小卫
秦红松　钱秋海　傅新利　路玉滨
翟秀玲　熊传渠　魏建润

出 版 说 明

一百多年前，西方医学大举进入中国，打破了中医学一统天下的局面。虽然中西医之间文化背景和思维方式存在巨大差异，然而，共同服务于人类的宗旨，使得开始于一百多年前的“中西汇通”的尝试到本世纪50年代得以蓬勃发展，并日益显示出其活力和生机，医学也形成了中医学、西医学、中西医结合医学三足鼎立的局面。但是迄今为止，还没有一套在广度和深度上能充分反映中西医结合医学这一学科丰富内容的专书出版。有鉴于此，我社于1994年开始组织编写这套“中西医结合专科病诊疗大系”，目的是通过这套丛书，全面总结中医学、西医学，尤其是中西医结合医学在临床诊疗方面的新发展、新成就。我们希望这套丛书既能体现中医临床诊疗的特点和丰富内容，又能体现西医临床诊疗的原则和方法，并富有中西医结合的时代气息；广收旁引，芟除芜杂，努力编成一套系统、全面、新颖、实用的临床系列全书，为提高中医、中西医结合水平作出贡献。

本套丛书的作者大都是从事中医、中西医结合研究的专家、教授，他们当中绝大多数是本学科各专业的博士学位获得者，能够全面了解和掌握本学科的研究方向和信息，这是这套丛书得以顺利出版的前提和基础。

1994年10月召开了第1次编委会会议，通过了编写大纲，并进行了分工；1995年10月召开了第2次会议，研究了编写中存在的问题，并对初稿进行了修改；1996年3月完成全部书稿的编写任务；同年5月邀请有关专家进行审改和定稿工作。历时三载，数易其稿，1996年10月工程全部告竣。

在编写过程中，陈茂仁博士、张俊龙博士对这套丛书的组织和编写做了大量的工作，对这套丛书的完成起了至关重要的作用。

山东中医药大学的张珍玉教授、周次清教授对本套书的修改和最后定稿提出了许多建设性意见，有力地保证了这套丛书的质量。

这套丛书之所以能顺利出版，是各有关单位大力支持和全体编委辛勤劳动的结果。参加本套书编写工作的单位有：山东中医药大学、南京中医药大学、山西中医学院、浙江中医学院、福建中医学院、重庆中医药研究所、山东医科大学、第一军医大学、第二军医大学、山西医科大学、江苏省中医医院、山东省千佛山医院等。

编写如此大型中西医结合临床专科专著，尚属首次，由于缺乏经验，人员分散，限于水平，缺点、错误在所难免，恳请广大读者批评指正，以便将来修订再版。

山西科学技术出版社

编写说明

一、临床诊断和治疗是医学的最终目的所在。中医、西医、中西医结合各具特色。本书博采众长，不拘学派，去粗存精，总结当代中西医结合临床诊疗的新理论、新诊断、新疗法、新方药，并作出客观评价，努力反映今日之创获。全书务求立论精当，内容充实，系统全面，客观实用，从而适应临床、教学和科研工作的需要，促进医学学术的繁荣。

二、依据西医疾病分类方法，选取其中常见病和疑0难病为研究对象。“疑”是疑惑不解，即在病理和诊断上难以定论；“难”是指治疗上有难度，缺乏有效或根治的治疗措施。疑难与否，以西医诊疗为基准。“常见”，是指发病率高，为临床常见病。

三、以西医疾病的系统分类为单元，采用丛书系列方式集成14册。包括：《心脏病学》、《肺脏病学》、《肝胆病学》、《胃肠病学》、《肾脏病学》、《神经病学》、《风湿病学》、《内分泌病学》、《血液病学》、《男科病学》、《妇产科病学》、《骨伤科病学》、《儿科病学》、《外科病学》。

四、这套丛书每一分册均分上、中、下三编。上编为基础理论部分，主要简述各系统的西医生理、病理等基础知识，并逐一尝试用中医理论解释说明之，以求取得中西医结合各系统病治疗理论方面的发展与突破，并为中编具体病种的临床诊疗奠定基础。中编为临床诊疗部分，遵循“西医简明，中医详深”的原则，凡涉及西医的部分，简明扼要，归纳出几点结论；涉及中医的部分，则详细深入，务求理论上深入探讨，方法上广泛收集，突出中医、中西医结合特色。下编为专题研究部分，针对上编、中编未能详细说明的一些临床难点和共性问题进行探讨。

五、每一病证，分概述、病因病理、诊断、治疗、预防等节，每节各有独立的内容，并前后呼应，融成一体。

六、“概述”重点介绍病证的西医病名定义、分类及发病率、防治等一般知识，简要说明中医对这些病症的认识及防治源流。西医病因病理，着墨适中，条理清晰；中医病因病机，丝丝入扣，针对性强；西医诊断简而不漏，要点突出；中医诊断纲目清楚，纲举目张；西医治疗简明扼要，中医治疗详细实用；预防在思路上突出中医治未病的思想，在具体措施上则中西医并用。

七、中医药治疗是这套丛书的重点，其常规治疗“辨证论治”部分，列出治法、选方、用药、剂量及加减变化，并做适当用药分析。“验方治疗”部分，选择文献报道中经统计处理证实对本病证确有良效的科学处方，分别在组成、用法、功用、疗效分析条下阐述。“单味药治疗”中的药理部分主要介绍单味药对本病（系统）的基础药理，未涉及对其他系统的药理。“其他治疗”部分，详收中医学的独特疗法，但所选之术均系临床文献报告对本病确有良效者。“中西医结合治疗”部分，主要说明在本病治疗中的中西药配用问题，但所选之法皆为临床文献报道和个人经验的总结，绝非无根据之推测性发挥。

八、我们组织山东、山西、江苏、浙江、福建、四川、上海等地的学者编写如此大型中西医结合临床诊疗专科病系列丛书，由于缺乏经验，囿于水平，加之人员分散，尽管多次统稿协调，各册之间仍有不尽统一和不尽完善之处，敬请读者批评指正。

总主编：陈茂仁　张俊龙

前　言

风湿病学是一门新兴学科，亦是一门以内科学和免疫学为基础，与骨科、皮肤科及神经科等密切相关的专业医学。根据现代风湿病学的概念，凡是累及肌肉、骨骼系统的疾病，包括既累及肌肉、骨骼系统，又累及全身其它组织器官，或由全身性疾病累及肌肉、骨骼系统的疾病，均属于风湿性疾病，其中包括自身免疫性、退行性、代谢性、感染性与遗传性疾病等。风湿病学已不再是只包括风湿热、类风湿性关节炎等一二种疾病的旧概念，而是包括百余种疾病的独立学科。

风湿病是常见病、多发病，多数疾病病程漫长，症状复杂，变化多端，治疗颇为棘手，常常导致劳动力丧失，甚至死亡，严重影响着广大患者的身心健康，已引起医学界乃至全社会的关注。在我国，1982 年召开了第一次全国风湿病学术会议，1985 年又召开了第二次全国风湿病学术会议，并成立了中华医学会风湿病学会。之后，中国中西医结合学会风湿类疾病专业委员会和中华全国中医学会痹病专业委员会相继成立，近又欣闻中国中医药学会风湿病分会成立。这标志着我国在中医、西医、中西医结合方面对风湿病学的研究，已进入一个新的历史阶段。尽管我国风湿病学研究起步较晚，但近年来无论中医、西医还是中西医结合，在风湿病临床、基础理论研究方面都取得了许多可喜成果和新的进展。然而，国内风湿病专业人员较不足，其他各科某些医务人员对风湿病缺乏系统的认识，对其病因、病理、诊断、鉴别诊断及综合治疗措施了解不够，不少患者有对其湿病的知识更为匮乏某些病人乱求医、医者乏术现象较为严重，致使病人失去了早期诊治的有利时机和恰当、合理、有效的治疗，从而给不少患者个人、家庭及社会带来难以挽回的精神、经济等方面的严重损失。加之目前我国风湿病专著寥若晨星，中西医结合诊疗风湿病的专著几乎是空白，这无疑不利于风湿病的中西医诊疗水平的提高和深入研究的开展。有鉴于此，我们编写了《风湿病学》这一专著，作为该丛书的一个分册，力求较系统地反映当前我国中医、西医、中西医结合诊治风湿病的概况、成果和最新进展。本书注意理论联系实际，可供风湿病专科领域内中医、西医、中西医结合工作者所借鉴和参考，而且更希望对广大其他各科有关医务人员有所裨益。其总的目的在于为进一步开展风湿病中西医结合研究工作，提高其诊疗水平和开拓新的思路和方法，促进风湿病研究工作更广泛、深入持久的开展尽绵薄之力。

本书总的编写宗旨是西医简明，中医详尽。其编写体例分上、中、下三编，上编简述风湿病的概论、生理学基础、免疫学基础、病理和诊断等方面的中西医基础理论和基本方法。中编重点介绍一些常见风湿病的中西医病因病理和诊疗措施。下编列七个专题，分别对风湿病的早期诊断、内脏损伤和特殊情况的处理、抗风湿药物的应用、雷公藤的研究现状和应用、风湿病的常用中医治法和中药以及类风湿性关节炎治疗的几个重点等专题进行深入、系统的研究。

由于编写中西医结合诊疗风湿病学这部专著是初步尝试，加之编者水平所限和编写时间仓促，书中错误、疏漏及牵强之处在所难免，敬请广大读者批评指正。

编　者

目　　录

上编　基础理论

第一章　概论 …… (3)
第一节　风湿病的概念 …… (3)
第二节　风湿病的分类 …… (4)
第三节　风湿病的临床特点 …… (5)
第四节　风湿病与中医痹病的关系 …… (6)
第二章　风湿病的生理学基础 …… (8)
第一节　结缔组织的特征和生理功能 …… (8)
第二节　胶原蛋白的生物合成和降解 …… (11)
第三节　蛋白多糖的生物合成和降解 …… (13)
第四节　中医对风湿病生理学基础的认识 …… (14)
第三章　风湿病的免疫学基础 …… (17)
第一节　免疫系统 …… (17)
第二节　非特异性免疫 …… (19)
第三节　特异性免疫 …… (20)
第四节　各类免疫的相互关系 …… (23)
第五节　正常免疫反应和异常免疫反应 …… (23)
第六节　中医对风湿病免疫学基础的认识 …… (23)
第四章　风湿病的病理 …… (28)
第一节　风湿病的组织病理 …… (28)
第二节　风湿病的免疫病理——变态反应 …… (28)
第三节　中医对风湿病病理的认识 …… (30)
第五章　风湿病的诊断 …… (37)
第一节　西医诊法 …… (37)
第二节　中医诊法 …… (47)

中编 临床诊疗

第一章 类风湿性关节炎 …… (59)
第一节 概述 …… (59)
第二节 病因病理 …… (60)
第三节 诊断 …… (64)
第四节 治疗 …… (74)
第五节 预防 …… (103)
第二章 强直性脊柱炎 …… (106)
第一节 概述 …… (106)
第二节 病因病理 …… (106)
第三节 诊断 …… (109)
第四节 治疗 …… (115)
第五节 预防 …… (125)
第三章 风湿性关节炎 …… (127)
第一节 概述 …… (127)
第二节 病因病理 …… (128)
第三节 诊断 …… (134)
第四节 治疗 …… (139)
第五节 预防 …… (153)
第四章 骨关节病 …… (156)
第一节 概述 …… (156)
第二节 病因病理 …… (157)
第三节 诊断 …… (160)
第四节 治疗 …… (163)
第五节 预防 …… (176)
第五章 系统性红斑狼疮 …… (178)
第一节 概述 …… (178)
第二节 病因病理 …… (178)
第三节 诊断 …… (182)
第四节 治疗 …… (187)
第五节 预防 …… (202)
第六章 进行性系统性硬化症 …… (207)

第一节　概述 …… (207)
第二节　病因病理 …… (207)
第三节　诊断 …… (209)
第四节　治疗 …… (213)
第五节　预防 …… (225)
第七章　多发性肌炎和皮肌炎 …… (227)
第一节　概述 …… (227)
第二节　病因病理 …… (227)
第三节　诊断 …… (229)
第四节　治疗 …… (234)
第五节　预防 …… (244)
第八章　白塞氏病 …… (246)
第一节　概述 …… (246)
第二节　病因病理 …… (246)
第三节　诊断 …… (248)
第四节　治疗 …… (256)
第五节　预防 …… (266)
第九章　干燥综合征 …… (268)
第一节　概述 …… (268)
第二节　病因病理 …… (268)
第三节　诊断 …… (270)
第四节　治疗 …… (273)
第五节　预防 …… (282)
第十章　结节性多动脉炎 …… (284)
第一节　概述 …… (284)
第二节　病因病理 …… (284)
第三节　诊断 …… (286)
第四节　治疗 …… (291)
第五节　预防 …… (295)
第十一章　多发性大动脉炎 …… (296)
第一节　概述 …… (296)
第二节　病因病理 …… (296)
第三节　诊断 …… (298)
第四节　治疗 …… (303)
第五节　预防 …… (315)

第十二章 巨细胞动脉炎 …… (316)
第一节 概述 …… (316)
第二节 病因病理 …… (316)
第三节 诊断 …… (317)
第四节 治疗 …… (321)
第五节 预防 …… (324)
第十三章 痛风 …… (325)
第一节 概述 …… (325)
第二节 病因病理 …… (325)
第三节 诊断 …… (331)
第四节 治疗 …… (334)
第五节 预防 …… (350)
第十四章 脂膜炎 …… (353)
第一节 概述 …… (353)
第二节 病因病理 …… (354)
第三节 诊断 …… (355)
第四节 治疗 …… (359)
第五节 预防 …… (364)
第十五章 变应性亚败血症 …… (366)
第一节 概述 …… (366)
第二节 病因病理 …… (367)
第三节 诊断 …… (368)
第四节 治疗 …… (371)
第五节 预防 …… (376)
第十六章 重迭综合征 …… (378)
第一节 概述 …… (378)
第二节 病因病理 …… (378)
第三节 诊断 …… (380)
第四节 治疗 …… (387)
第五节 预防 …… (394)

下编 专题研究

一、常见风湿性疾病的早期诊断 …… (399)

二、风湿性疾病内脏损伤的特点和处理 …… (408)
三、常见风湿性疾病某些特殊情况的处理 …… (420)
四、抗风湿性药物在风湿性疾病中的应用 …… (429)
五、雷公藤的研究现状与应用 …… (441)
六、风湿性疾病的常用中医治法和中药 …… (452)
七、类风湿性关节炎治疗的几个重点 …… (465)

上编　基础理论

第一章　概　论

第一节　风湿病的概念

风湿病全称是“风湿类疾病”或“风湿性疾病”，其概念是在医学长期发展过程中逐渐完善起来的。风湿病的命名始于公元前460年～377年希波克拉底时代，当时从古典病理学角度认为是冷湿粘液从头部流下至内脏、四肢而发生病变。至16～17世纪拜伦将风湿限定为运动性系统疾病。至18世纪波来得明确心脏病变是风湿的伴随现象，并注意到风湿的病因学。19世纪，一方面将其他慢性关节病从风湿病中分开，另一方面根据病理将慢性关节病分为炎性和变性两类。19世纪下叶细菌学兴起，阿孝夫在风湿者心肌中发现小结节，认为是“细菌”特异感染病原体引起，将风湿热称为特异感染性风湿病或风湿性肉芽肿病。20世纪初，医学界致力于研究风湿病的病因，当时认为风湿病的发病与过敏性疾病有关，抗原是异性蛋白，同时发现当患有过敏性疾病时，在结缔组织中可见到特有的类纤维蛋白坏死。美国病理学家克来姆普尔对系统性红斑狼疮和系统性硬化症病人进行了详细的病理检查，发现其病变广泛侵及心、肾、皮肤等脏器，基本病变是胶原组织的类纤维蛋白变性，并提出结缔组织系统胶原病的概念。1942年他把这种特征性疾病加以综合，称之为“弥漫性胶原病”，所包括的疾病有风湿热、系统性红斑狼疮、系统性硬化症、皮肌炎、多动脉炎、类风湿性关节炎等6种。以后随着医学的发展，胶原病的概念也相应发生了很大变化。首先，从病理学上有类纤维蛋白坏死的特征来说，除上述疾病外，尚有许多其他疾病也具有这种病理特征。其次，目前已知，除了肢原病外，尚有许多疾病可发生包括胶原在内的结缔组织类纤维蛋白坏死，其中有些疾病是由非过敏因素引起的，所以克来姆普尔提出的所谓胶原病的概念，仅仅是病理组织学上的概念。1969年日本大高裕一提出比胶原病概念内容范畴更广的结缔组织病的概念。在1969年以前所称结缔组织病是胶原病的同义词，或可称为狭义的结缔组织病。1969年以后提出的是广义的结缔组织病，即体内结缔组织发生各种疾病的总称。大高裕一等认为，胶原纤维中胶原蛋白是其组成成分之一，在提出胶原病时，由于构成胶原纤维的全部成分都发生了变化，故称之为结缔组织病较为合适。上述情况的结缔组织，包括了软骨和骨、滑囊和肌肉等；因这些组织中也有胶原纤维，所以结缔组织病还包括侵犯骨关节和软骨的其他多种疾病。随着胶原病的概念范畴逐渐演变为广义结缔组织病的概念范畴的同时，风湿病的范畴也在不断扩大，从临床角度上广义的结缔组织病则多可称为风湿病，二者的概念即发生较多的重叠。近来，更有人认为，举凡皮肤、骨骼、软骨、肌腱、筋膜、血管和所有脏器的间质，均属结缔组织。任何疾病有实质细胞损伤时，必然会累及周围的间质，故结缔组织一词，其含义与过去胶原病变是同一词意，一样地模糊，不如按近代趋势以风湿性疾病概括为好。风湿性疾病不只包括结缔组织病，从习惯沿革，仍有保持用结缔组织病或胶原病者。应明确，这组疾病只是风湿性疾病的一部分而已，两者不可完全等同起来。

根据目前对风湿病的认识，它泛指所有侵犯肌肉骨骼系统如关节、肌肉、韧带、肌腱、滑囊等组织以疼痛为主要表现的疾病，无论其发病原因如何均在此列。其发病原因或诱因可以包括受风、潮湿、寒冷等环境因素，也可以是感染、免疫功能紊乱、内分泌失调、代谢异常、家族遗传以及退行性变等。因此，风湿病的范围是相当广泛的。用这一概念认识风湿病，应包括下述4类疾病。①仅侵犯关节和肌肉的疾病；②既侵犯肌肉骨骼系统，也侵犯其它器官的疾病；③虽然产生关节痛和肌肉痛，但在肌肉骨骼系统没有造成任何病理变化的全身性疾病；④侵犯肌肉骨骼系统、皮肤及内部器官的弥漫性结缔组织病。现被公认的包括在风湿病范围内的疾病已达百余种，临床上常见的风湿热、类风湿性关节炎、骨关节炎等只是百余种风湿病中的几种常见疾病，而把风湿病理解为只包括风湿热（或风湿性关节炎）和类风湿性关节炎，显然是不全面的，也不符合国际上对风湿病的通用概念。

第二节 风湿病的分类

近几十年来，在国际上传统或习用的风湿性疾病的范畴和内容不断增加，分类日趋详细，许多新的疾病不断被认识，临床诊断也日趋复杂化。目前风湿病的研究已逐渐深入到结缔组织和代谢方面，因此风湿病的分类内容日新月异，分类方法众说纷纭。库氏克森氏等认为风湿病与关节炎具有相似的含义。他按病因将各种关节病分为13类，共包括关节病200余种。可以说分类详细，病种齐全。但其中许多疾病在我国少见或并不存在，且有些关节病仅是其他系统的全身性疾病的次要表现，临床意义较小。梅森氏将关节病分为5大类，包括原因不明的炎症性关节病、特殊感染性关节炎、退行性骨关节病、代谢沉积性骨关节病，以及其他关节病共50余种。古林兰德氏等根据病变发生的解剖部位，将关节病分为关节周围疾病和关节病两大类，后者包括软骨、韧带、滑膜等疾病。在滑膜疾病中，又按病因将其分为6类。但许多关节病往往同时累及周围组织，侵犯滑膜的关节炎也可波及软骨。因此，对病变的具体解剖部位常难划分，故这种分类方法较适用于X线诊断。美国风湿病学会根据病因、发病机理和发病部位，将风湿病分为13个类别，包括关节病80余种。因分类详细，纲目清晰，已被许多国家和地区采用。现将其分类和命名介绍如下（见表1—1—1）。

表1—1—1 风湿病的分类和命名

1. 病因不明的多关节炎：①类风湿性关节炎；②幼年类风湿性关节炎；③强直性脊柱炎；④银屑病性关节炎；⑤赖特氏综合征；⑥其他。
2. 结缔组织疾病（狭义的，相当于原胶原病）：①系统性红斑狼疮；②结节性多动脉炎；③硬皮病和进行性系统性硬化症；④多发性肌炎和皮肌炎；⑤其他。
3. 风湿热。
4. 变性或退化性关节病（骨关节炎和骨关节病）。
5. 非关节性风湿病：①纤维织炎（肌风湿病）；②椎间盘和腰部综合征；③肌炎和肌痛；④腱炎和腱周围炎（滑囊炎）；⑤腱鞘炎；⑥筋膜炎；⑦腕管综合征。
6. 常合并关节炎的疾病：①类肉瘤病；②复发性多软骨炎；③过敏性紫癜；④溃疡性结肠炎；⑤节段性小肠炎；⑥惠普耳氏病，肠原性脂肪代谢障碍症；⑦干燥综合征；⑧家族性地中海热；⑨其他。
7. 合并已知感染原的关节病：①细菌性：如布氏杆菌、淋球菌、分枝杆菌、肺炎球菌、沙门氏菌、葡萄球菌、梅毒螺旋体、雅司病原体等；②立克氏体；③病毒；④霉菌；⑤寄生虫。

续表

8. 创伤性或神经原性疾病：①创伤性关节炎（直接创伤的后果）；②第三期梅毒；③糖尿病或多尿症；④脊髓空洞症；⑤肩手综合征；⑥关节机械性错位；⑦其他。
9. 合并已知生物化学或内分泌异常的关节病：①痛风；②褐黄病；③血友病；④血红蛋白病（如镰状细胞贫血）；⑤无丙种球蛋白血症；⑥高雪氏病；⑦甲状旁腺机能亢进；⑧肢端肥大症；⑨甲状腺机能减退；⑩坏血病（维生素C缺乏症）；⑪结节性黄瘤；⑫其他。
10. 肿瘤和肿瘤样疾病：①滑膜瘤；②色素性绒毛结节性滑膜炎；③腱鞘巨细胞肿瘤；④原发性关节旁骨肿瘤；⑤转移性肿瘤；⑥白血病；⑦多发性骨髓瘤；⑧关节组织的良性肿瘤。
11. 变态反应和药物反应：①由于特异性变应原引起的关节炎（如血清病）；②由于药物引起的关节炎；③其他。
12. 遗传和先天性疾病：①马凡氏综合征；②埃一唐氏综合征；③胡勒氏综合征；④先天性髋关节发育异常；⑤莫尔基奥氏病；⑥其他。
13. 多种疾病：①淀粉样病变；②无菌性骨坏死；③白塞氏病；④软骨钙沉着症（假性痛风）；⑤多形性红斑；⑥结节性红斑；⑦肥大性骨关节病；⑧关节网状组织细胞增多症；⑨泰齐氏病，即痛性非化脓性肋软骨肿大；⑩其他。

第三节　风湿病的临床特点

一、病程多呈慢性

多数风湿病如类风湿性关节炎、强直性脊柱炎、骨关节炎等，病程多呈慢性，甚至终生。这些情况对社会及对患者精神心理的影响较大，因而治疗不仅仅是药物治疗和/或手术治疗，而应是全面治疗，包括心理治疗、康复治疗、职业治疗等。

二、病程多有反复发作与缓解

类风湿性关节炎、系统性红斑狼疮、痛风等都是如此，因而治疗的目的不能只满足于减轻或缓解症状，更重要的是防止发作，或及时控制发作，以减少由于多次发作积累造成的严重损害，如类风湿性关节炎的关节畸性和强直、系统性红斑狼疮的肾功能衰竭、痛风的严重关节损害及肾结石等。这也是为什么对有些尚无特异根治疗法的风湿病主张终身持续采用缓解病情药物的原因所在。

三、多有复杂的生物化学和免疫学异常

多数风湿病的原因不详，虽对其发病机理有所了解，但还不完全清楚。可以看出，风湿病发病机理中涉及的生物化学、免疫学异常很复杂。如痛风已被熟知是尿酸代谢的异常，但引起血尿酸增高的可能原因，包括有关不同酶的异常，则是多种多样的。再如系统性红斑狼

疮表现有多方面的免疫学异常，是一典型的自体免疫病；尽管引起本病的原因尚不肯定，但已逐渐明确其发生免疫学异常的环节可能不是单一的，诸如抑制性 T 细胞的不足、辅助 T 细胞的亢进、B 细胞自身的过度增殖等，因而本病可能是一异质性疾病。其他风湿病也有类似情况。这就要求临床医生要有多方面的基础医学知识，才能更好地了解其疾病本质。同时为确切进行诊断，区分不同的亚类型别，还需作复杂的生物化学和免疫学的检查和研究。

四、同一疾病其临床表现可能有很大差异

以类风湿性关节炎为例：有些病人临床表现主要为关节炎；有些病人则可有多系统的器官受损，甚至危及生命；少数病人一次发作后可以自愈；另有少数病人则在几年内关节严重受损而致残废。这就要求临床医生观察病人要细致周密，长期随访，才能作出正确诊断，给予及时恰当的处理。

五、同一类药物的治疗效果有较大的个体差异

如常用的非甾体类抗炎药，其抗风湿的疗效有较大的个体差异。不同个体对不同消炎药的耐受量、有效与否、是否产生及产生何种副作用等，都可能有较大差异。其他抗风湿药也有类似的情况。因此抗风湿药物的应用原则应强调个体化。

第四节 风湿病与中医痹病的关系

中医痹病，古称“痹”、“痹证”、“风湿”等，近年来趋向称痹病。痹病是人体营卫失调，风寒湿热等外邪侵袭，或日久正虚，内生痰浊、瘀血、毒热，正邪相搏，使经络、肌肤、血脉、筋骨，甚则脏腑的气血痹阻，失于濡养，而出现肢体关节肌肉疼痛、重着、麻木、酸楚、肿胀、变形、僵直及活动受限，或累及脏腑为特征的一类病证的总称。根据风湿病这一大类疾病的病位、病理和临床表现等方面的共性，其与中医痹病基本相符。近年来医学界对风湿病与中医痹病的相互关系进行了广泛的探讨。尽管有些认识还存在分歧，有些也过于勉强，但这些有益的探讨，无疑对中西医结合诊治风湿病起着积极的推动作用。现将部分风湿病的中西医名称对照整理如下：

（1）风湿热——行痹、热痹；急性风湿性关节炎——风湿热痹、热痹；慢性风湿性关节炎——风寒湿痹、寒痹、着痹；风湿性心脏病——心痹。

（2）类风湿性关节炎——历节、白虎历节风、痛痹、顽痹、尪痹、后期为痿痹。

（3）系统性红斑狼疮——周痹（周身之痹），常伴内脏痹（心痹、肝痹、肺痹、脾痹、肾痹、肠痹、胞痹、三焦痹）；盘状红斑狼疮——蝴蝶丹、阴阳毒、赤丹等。

（4）硬皮病——皮痹，可伴肠痹、食痹。

（5）皮肌炎及多发性肌炎——肌痹、肌肤痹、痿症。

（6）干燥综合征——燥痹、燥病。

（7）结节性多动脉炎——脉痹。

（8）多发性大动脉炎——脉痹、无脉痹。

(9) 早期闭塞性脉管炎——足背脉痹。

(10) 末梢血管炎——血痹。

(11) 混合性结缔组织病——混合痹、复合痹。

(12) 变应性亚败血症——寒热痹。

(13) 结节性红斑——风血痹。

(14) 白塞氏综合征——狐惑。

(15) 银屑病性关节炎——银屑痹。

(16) 肠炎性关节炎——肠痹。

(17) 骨关节炎：①颈椎病——颈肩风；②腰椎肥大性关节炎——腰腿痛、腿股风、环跳风；③膝关节肥大性关节炎——着痹、鹤膝风；④手指退行性关节炎——鸡爪风；⑤跟骨骨刺增生症——足跟风；⑥髋关节肥大性关节炎——环跳风。

(18) 膝关节滑囊炎——鹤膝风。

(19) 多发性肋软骨炎——软肋痹。

(20) 强直性脊柱炎——龟背风、肾痹、骨痹、竹节风。

(21) 慢性纤维织炎——着痹、腰痛、肾着。

(22) 肌腱炎——筋痹。

(23) 痛风——痛风。

(24) 大骨节病——骨痹、历节。

(25) 脂膜炎——恶核肿、丹毒、痰核、冻烂疮。

(26) 巨细胞动脉炎——脉痹、偏头痛。

第二章　风湿病的生理学基础

风湿病为主要累及结缔组织的一大类疾病。结缔组织具有支持连接作用和防御保护作用，是人体内最庞大和分布最广泛的一类组织，它由胚胎期中胚层的间充质演变而来，人体的骨骼、软骨、腱、韧带、筋膜、血液和脂肪等，都属于结缔组织。结缔组织由细胞和细胞间质两种成分组成，其特点是细胞成分较少而细胞间质相对较多，细胞分散在大量细胞间质内。细胞的数量、形态和机能随结缔组织的类型不同而有差异。细胞间质是细胞合成和分泌的细胞外物质，对结缔组织的构成和功能具有重要意义。细胞间质又由基质和纤维两种成分构成。基质是无定形物质，有些是流动的液体或粘稠的胶状物，有些则为坚硬的固体。纤维一般分为3种，即胶原纤维、弹性纤维和网状纤维。结缔组织分为4种类型，即固有结缔组织、软骨、骨和血液。固有结缔组织又可分为疏松结缔组织、致密结缔组织、网状结缔组织、脂肪组织等。

第一节　结缔组织的特征和生理功能

一、疏松结缔组织

疏松结缔组织由纤维、基质和细胞组成。它分布于器官之间、组织之间，以及细胞与细胞之间。结构特点是纤维分布较疏松，基质相对较多。其功能为支持、连接、营养、防御、保护和创伤修复等。

（一）纤维

纤维成分是细胞间质中的有形成分，包埋在无定形基质中。纤维有3种，即胶原纤维、弹性纤维和网状纤维。疏松结缔组织中主要为胶原纤维和弹性纤维；网状纤维很少。

1. 胶原纤维

胶原纤维是构成细胞间质的主要成分，在新鲜状态下呈白色，故又称为白纤维。胶原纤维大多呈束状排列，沿不同方向呈波浪分布。纤维束常有分支，并相互交织成网。电镜下观察，胶原纤维是由很细的胶原原纤维集合而成，而胶原原纤维又由许多微原纤维组成。微原纤维有明暗交替出现的周期性横纹。胶原纤维由胶原蛋白组成，含有多种氨基酸。胶原蛋白占人体蛋白的1/4~1/3，真皮、腱、韧带、筋膜的大部分是由胶原蛋白形成的。胶原纤维的物理特性是韧性大，抗拉力甚强，但牵张延伸性差。维生素C与胶原纤维的形成有密切关系，当体内严重缺乏维生素C时，胶原纤维的形成就会发生障碍。

2. 弹性纤维

弹性纤维是结缔组织细胞间质的另一种重要纤维性蛋白，其含量较胶原纤维少，集中分

布在椎弓间黄韧带、大动脉中层和弹性软骨等处。新鲜状态时略呈黄色，所以又称黄纤维。一般比胶原纤维纤细，有分支，相互交织成网。电镜下弹性纤维是由糖蛋白形成的微原纤维组成，并集合成束。弹性纤维是由弹性蛋白组成，含有很多氨基酸。弹性纤维的物理特征是富于弹性，被拉长50～100%后，除去外力，仍能恢复原状。此性能可与胶原纤维互为补充。

3. **网状纤维**

网状纤维一种纤细的纤维，有分支，交织成网，故称格子纤维。用浸银法能将网状纤维染成黑色，所以又称嗜银纤维。网状纤维除分布于网状结缔组织细胞表面和脂肪细胞表面外，主要分布在基膜的网板上。其化学成分与胶原纤维的化学成分相同，都是胶原蛋白。电镜下观察也可见有周期性横纹。网状纤维的物理特性为有一定弹性。

（二）基质

基质是细胞间质的另一种重要成分，为无定形、粘稠的均质性凝胶状物质，结缔组织的细胞和纤维成分埋藏其中。基质的主要化学成分是蛋白多糖、透明质酸、硫酸软骨素与蛋白质。这些物质在基质中形成分子筛，可使小于其孔隙的物质通过。这也是血液与组织细胞间进行物质交换的重要条件。对大于孔隙的颗粒物质则起屏障作用，可将它们限制在局部，从而有利于动员白细胞和巨噬细胞就地消灭，防止蔓延。

（三）细胞

疏松结缔组织的细胞成分可分为两类，一类是相对固定的细胞，如成纤维细胞、脂肪细胞和未分化的间充质细胞；一类是数量不定的或可游走的细胞，如巨噬细胞、浆细胞、肥大细胞，以及少数从血液内游走外出的白细胞。

1. **成纤维细胞**

成纤维细胞呈多突起的扁平星形，胞体较大。核大而呈扁卵圆形，染色较浅。细胞质较多，呈弱嗜碱性。成纤维细胞的功能为产生纤维和基质，具移行、收缩和吞噬功能及促进伤口愈合。纤维细胞呈梭形，有突起，胞核较小，呈弱嗜酸性，着色较深，核仁不明显，功能不活跃。

2. **巨噬细胞**

结缔组织中的巨噬细胞又称组织细胞，多为从血液中游走的单核细胞形成。巨噬细胞数量多且分布广，可分为固定和游走两种。固定的巨噬细胞与成纤维细胞类似，不易区别。游走的巨噬细胞大小不一，形态多样，多呈圆形或卵圆形，核常偏于细胞一端，胞质较多，呈弱嗜酸性或弱嗜碱性。

巨噬细胞受到某些化学物质（趋化因子）的吸引，能变形而作定向移动，即所谓趋化性。与细菌、细胞碎块、血管外的红细胞等接触时，即显示有活跃的吞噬作用。巨噬细胞的细胞膜上有多种受体，有的受体能与抗体结合，有的能与补体结合。抗体与受体结合时，巨噬细胞的吞噬作用就显著增强。巨噬细胞除了能清除体内的病菌、异物及衰老、伤亡的细胞外，还能加工处理和贮存抗原物质，并将处理后的抗原物质传递给免疫淋巴细胞、活化B及T淋巴细胞，因而巨噬细胞在机体防御疾病和免疫反应中具有重要作用。

3. **肥大细胞**

肥大细胞是疏松结缔组织中较常见的细胞，多分布在毛细血管和小静脉周围以及呼吸道、

胃肠道的粘膜下。外形及核均呈圆形或卵圆形，胞体较大而核较小，胞质内充满嗜碱性颗粒。颗粒内含有组织胺、缓激肽、嗜酸粒细胞趋化因子和肝素等。人体的抗体（IgE）附着在肥大细胞的表面上，当它再次同相应的抗原结合形成抗原—抗体复合物时，肥大细胞就可释放出组织胺和缓激肽，使毛细血管和微静脉扩张，通透性增加。嗜酸粒细胞趋化因子有吸引血液内的嗜酸粒细胞向该处组织聚集的作用。肝素具有抗凝作用和有特异性的抗透明质酸酶作用，可以促进透明质酸的形成。

4. **浆细胞**

浆细胞在疏松结缔组织中较少见，在呼吸道和消化道上皮下的疏松结缔组织中分布较多。浆细胞呈圆形或卵圆形，胞核偏于一侧，核内染色质粗大，附于核膜，呈辐辏状排列。胞质较多，无颗粒，呈弱嗜碱性。浆细胞具有合成、贮存与分泌抗体的功能，可参与体液免疫反应。

5. **脂肪细胞**

脂肪细胞在疏松结缔组织中较多见，常沿小血管分布。细胞呈球形，胞体较大，扁圆形核被胞质内脂肪滴挤在一侧。脂肪细胞具有合成和贮存脂肪的功能。

6. **未分化的间充质细胞**

未分化的间充质细胞多分布在小血管（特别是毛细血管）周围。它是由胚胎早期的间充质分化成各种结缔组织后保留下来的一部分间充质细胞，在一定条件下可以分化为其他多种细胞。其形态与成纤维细胞类似。

二、致密结缔组织

致密结缔组织主要成分为纤维，细胞及基质很少，且纤维较粗大，排列较致密，所以支持连接和保护作用较强。其纤维排列方向与承受张力的方向一致。纤维相互交织者，则能承受多方面的张力。纤维束密集平行排列者，则只能承受单方面的张力。致密结缔组织有的以胶原纤维为主，如肌腱、皮肤的真皮等；有的以弹性纤维为主，如黄韧带和项韧带等。

三、网状结缔组织

网状结缔组织由网状细胞和网状纤维组成，分布于红骨髓、脾、淋巴结、胸腺、淋巴组织和扁桃体等处。网状细胞为星状多突细胞，胞体较大，核仁明显，胞质较丰富，略嗜碱性。相邻的网状细胞以突起相互连结成网状。网状纤维与网状细胞的突起相交织，构成造血组织和淋巴组织的支架。

四、脂肪组织

脂肪组织是含大量脂肪细胞的结缔组织，成群的脂肪细胞被纤维组织分隔开。脂肪组织多分布于皮下、网膜、系膜等处，具有贮存脂肪、支持保护和防止体温散发等作用，并参与能量代谢，是人体中最大的“能量库”。

五、软骨组织

软骨组织由软骨细胞、纤维和基质组成，坚韧而富有弹性，具有较强的支持保护作用。软骨细胞位于软骨陷窝内。软骨基质和纤维都是由软骨细胞形成的。软骨外包一层软骨膜，内含血管和神经，具有营养和保护软骨的作用。一般将软骨分为透明软骨、弹性软骨和纤维软骨 3 种。透明软骨基质中包埋着胶原原纤维，多分布在鼻、喉、气管和支气管，关节软骨、肋软骨也属透明软骨。弹性软骨基质中含大量弹性纤维，多分布于会厌、耳廓等处。纤维软骨基质中含大量成束的胶原纤维，多分布于椎间盘、关节盘等处。

六、骨组织

骨细胞由骨基质、骨胶纤维和骨细胞组成，为人体的支架，具支持和保护作用，且为人体的“钙库”，与钙磷代谢密切相关。骨细胞呈扁椭圆形，有很多细长的突起，胞体位于骨陷窝内，突起伸入到骨小管内。胞核为卵圆形，染色较深。骨基质中无机成分较多，主要由钙、磷酸根和羟基结合而成。无机成分可使骨质坚硬。骨基质中有机成分含量少，分布在骨胶纤维之间，起粘合作用，可使骨组织具有韧性。骨胶纤维与胶原纤维一样，包埋在含有钙盐的基质中。骨胶纤维组成较致密的纤维束，有规则地分层排列。

骨组织可分为骨松质和骨密质。骨松质呈海绵状，由片状及针状骨小梁连接而成。骨小梁由排列不规则的骨板构成，骨板之间有骨细胞。骨小梁之间可见腔隙，其间有血管和红骨髓。骨密质由排列规则的骨板和骨细胞构成，肉眼看不到其腔隙。骨的表面为骨外膜，骨髓腔内面衬着骨内膜，均由致密结缔组织构成。骨膜内有成骨细胞、破骨细胞、神经和血管。骨膜对骨的生长和骨折的修复及愈合有重要作用。

骨髓腔位于骨干中央，儿童时期其间充满红骨髓，有造血功能。在成年时期则为黄骨髓取代，无造血功能。

七、血液

血液由血浆和红细胞、白细胞、血小板等有形成分组成。血浆为黄色液体，含有大量水分、无机盐、纤维蛋白质、白蛋白、球蛋白、激素、酶及各种营养物质、代谢产物等。血液流出血管后，纤维蛋白原转变为纤维蛋白，血液即凝固成血块而析出清明淡黄色的液体，此液体称为血清。红细胞具有携带氧气和一部分二氧化碳的功能。各种白细胞具有防御保护和免疫功能。血小板参与止血和凝血过程。在正常生理情况下，红细胞、白细胞和血小板的数量和形态结构是相对稳定的。当发生疾病时，它们的数量和形态结构也可发生改变。

第二节　胶原蛋白的生物合成和降解

胶原纤维遍及全身，不仅是疏松结缔组织及肌腱的主要成分，也是骨及软骨的构成基础。胶原纤维是由胶原原纤维集合而成，而胶原原纤维又由许多微原纤维组成，构成微原纤维的

基本分子单位为胶原蛋白分子，粗约 1.5nm，长约 300nm，分子量约 285000，为一种由三股多肽链作螺旋形缠绕而成的绳索状长分子。由这些三股多肽链构成的胶原蛋白分子平行聚合构成胶原微纤维。胶原蛋白是人体内最丰富的蛋白质，它无所不在，约占体内总蛋白的 1/3。了解胶原蛋白的生物合成和降解，对认识风湿病的病因病理和采取正确的诊治措施均有重要意义。

一、胶原蛋白的生物合成

胶原蛋白的合成是由前α链的合成开始的。在成纤维细胞粗面内质网的多聚核蛋白体上，相应的氨基酸从 N 末端起装配成各该链的前身—前α链。前α链与α链的不同处在于前α链的 N 末端和 C 末端都多出各有十几个氨基酸的一段多肽链，分别称为 N 端前肽和 C 端前肽。α链的合成需要经过羟化和糖化两个过程。羟化需要两种特异性氧化酶—原胶原脯氨酸羟化酶和原胶原赖氨酸羟化酶来催化。这两种酶都存在于粗面内质网的囊腔内，当前α链从 N 端起，边装配边进入粗面内质网的囊腔中时，其脯氨酸和赖氨酸残基被相应的羟化酶羟化成羟脯氨酰和羟赖氨酰。两种羟化酶皆需要分子氧、铁离子（Fe^{2+}），并以α-酮戊二酸为辅助底质；也需要一种还原物质，它可以是维生素 C 或其他还原物质。

紧接着羟化过程的是胶原蛋白中的糖化。糖化过程也主要在粗面内质网的囊泡内进行。Ⅰ、Ⅱ、和Ⅲ型胶原蛋白中的碳水化合物，不是单糖半乳糖就是双糖葡萄糖半乳糖，它们通过O—糖苷键联结在羟赖氨酰的δ-羟基上。糖化需要葡萄糖转移酶和半乳糖转移酶的参与。这两种酶皆需要一种二价阳离子，特别是 Mn^{2+}。整个前α链合成完毕，脱离核蛋白体时，糖化也随之完成。

前α链合成后，便由三股前α链作螺旋形缠绕，结合成前胶原蛋白。它的 N 末端与 C 末端不是螺旋形而是成球状构型。前胶原蛋白合成后，就被排出细胞外，进入细胞间质，这个过程还不十分清楚。目前认为，粗面内质网的囊泡直接与胞膜融合，或从粗面内质网经过滑面内质网和高尔基复合体的途径，再作细胞外排。

前胶原蛋白排泌到细胞间质后，即被细胞外的 N 末端和 C 末端肽内切酶切去两端球状的前肽部分，而形成胶原蛋白分子。胶原蛋白的形成，是从溶解状态的前胶原蛋白分子走向不溶解的纤维结构，然后才能聚合成胶原微纤维，并进而聚合成更高一级的胶原原纤维。聚合时，在分子内和分子间都要建立交联，这些交联对胶原纤维的稳固性和坚韧性十分重要。交联建立的第一步是通过赖氨酰氧化酶的催化（要求铜作为辅助因子），使赖氨酰在ε位脱氨产生醛基；第二步是这些醛基和相邻分子上羟赖氨酰的 $-NH_2$ 基团，以醛亚胺的方式结合成不稳固的—C=N—键，再经分子内调整，形成饱和而稳固的—C=N—键。这种—C=N—键交联，主要存在于分子之间，而分子内的交联，则主要由相邻肽链上的上述醛基基团互相作醛醇缩合而成。

二、胶原蛋白的降解

在生理的 pH 和温度的条件下，胶原蛋白保持其三股螺旋结构，因此仍能对抗许多组织蛋白酶的消化。但胶原的分子和纤维在炎症、组织修复、生长、再建、退化时明显易于降解。胶

原蛋白的降解途径有几种，适用于不同类型胶原的降解。Ⅱ型胶原较Ⅰ型胶原对胶原酶有较大抗力，但对弹性硬蛋白酶较敏感。成熟胶原的降解必须在细胞外进行，但在细胞内完成。

第一条降解的途径是胶原酶降解纤维性胶原。在体内，成熟胶原纤维的降解是通过胶原酶将胶原蛋白分子的螺旋区裂解为原胶原蛋白的A与B（Tc^A与Tc^B）两个片断，它们很快变性，使其对非特异性蛋白酶敏感，这些酶包括弹性硬蛋白酶、纤维蛋白溶酶和明胶酶。

第二条途径以粒细胞弹性硬蛋白酶介导，或非特异性硬蛋白酶为介导。降解时，原胶原蛋白无螺旋的末端肽段为弹性硬蛋白裂解，交联被解除，此时已改变的原胶原蛋白对特异性胶原酶高度敏感。无交联的分子易于溶解，溶解后迅速变性（37℃时），产生明胶，乃为所有蛋白酶迅速降解。

第三条降解途径是胶原纤维的片断为细胞摄取，在溶酶体中被消化。胶原蛋白在溶酶体中的降解是通过硫氢基肽链内断酶，为组织蛋白酶B和组织蛋白酶N所作用的。随后，通过肽链端解酶，继续降解为小肽和氨基酸。在细胞外经胶原酶或弹性硬蛋白酶降解的片断，最终也摄入细胞内，完成最后分解。

第三节　蛋白多糖的生物合成和降解

结缔组织的基质中主要为蛋白多糖，蛋白多糖是蛋白分子和多糖分子结合而成的复合物，是机体内环境的稳定因素之一。它为细胞和纤维成分建立一个稳定的内环境，且可因组织类型和机能的不同而有相应改变。蛋白多糖与糖蛋白不同。糖蛋白（结缔组织基质中也含有少量糖蛋白）分子中蛋白分子的数和量均超过糖分子，一般为9∶1至3∶1；而蛋白多糖的多糖分子远超过蛋白分子。蛋白多糖的多糖部分过去称粘多糖，现改称氨基己糖多糖（GAG）。基质中的GAG有7种，即：①透明质酸；②硫酸软骨素A；③硫酸软骨素C；④硫酸软骨素B；⑤硫酸类肝素；⑥肝素；⑦硫酸角质素。蛋白多糖的蛋白部分普遍认为是一种糖蛋白，它构成蛋白多糖的核心结构，在其侧面以共价键的方式结合许多多糖侧链。

一、蛋白多糖的生物合成

从原始间充质分化来的细胞，如成纤维细胞、成骨细胞、成软骨细胞、骨细胞、软骨细胞、滑膜层细胞、平滑肌细胞和肥大细胞等，均可产生蛋白多糖。一般认为蛋白多糖的蛋白核心由粗面内质网产生，它必须在GAG链合成之前形成。蛋白核心合成后不久，或在其向滑面内质网和高尔基复合体的移行过程中，或在其转移到高尔基复合体时形成GAG链，并结合到蛋白核心内。GAG的合成是一个以酶介导的复杂过程。在许多专一性糖基转移酶的作用下，由单糖的核苷酸衍生物，按一定顺序，将其糖基转移到肽链的一定部位而合成。软骨GAG合成的另一步骤是硫酸酯化，它需要3-磷酸腺苷-5-磷酸硫酸脂作为介质，通过硫酸基转移酶的作用，将其硫酸基团转移到GAG链，形成硫酸软骨素。

二、蛋白多糖的降解

蛋白多糖的更新较胶原蛋白快。它的降解涉及蛋白水解、GAG链的降解和硫酸基团的水

解。蛋白核心对蛋白多糖的完整性具有重要作用，只要有1～2个肽键裂解，就能使蛋白多糖分子分裂成片断。软骨含有溶酶体酸性蛋白酶，如组织蛋白酶D，它在pH值7时无活性，只在细胞内蛋白多糖分解中起作用。另一方面，软骨中的中性蛋白酶与细胞间蛋白多糖的分解有关。GAG的降解主要在溶酶体内进行，需要比蛋白部分的分解较有特异性的酶参与。分解时，溶酶体摄取被蛋白酶水解的附有GAG的肽链片断，并由多种硫酸脂酶水解GAG的糖苷键，且多种硫酸脂酶水解出硫酸脂。分解出的小分子，由溶酶体排泌至细胞外，或再被用来合成新的GAG。如果细胞内溶酶体对GAG的分解过程，由于某些酶的活性下降，或遗传性缺乏而发生障碍时，则分解不完全的GAG片断堆积在细胞内和组织内产生各种GAG病或称粘多糖病。

第四节 中医对风湿病生理学基础的认识

风湿病与中医痹病基本相符，故中医认识风湿病主要从痹病入手。痹病，也称“痹”、“痹证”、“风湿”等，是人体正气不足，风寒湿热等外邪侵袭（也可由内生痰、瘀、热毒引起），出现以肢体关节肌肉疼痛、重着、麻木、肿胀、屈伸不利，甚则关节变形，或累及脏腑为特征的一类病证的总称。其以皮肉筋脉骨，甚或脏腑的经络气血“不通”、“不荣”为主要病机。临床有慢性、渐进性、反复发作性等特点。正如《医衡·痹证析微》所说：“痹者，闭也，皮肉筋骨为风寒湿气杂感，血脉闭塞而不流通也。”《素问·痹论》指出痹证日久可内舍脏腑，曰：“五脏皆有合，病久而不去者，内舍于其合也。”痹病的病变部位主要在五体（皮、肉、脉、筋、骨）及脏腑。因五体为五脏所主，二者在生理上密切相关，在病理上互相影响，故此以五体为纲将其生理特点简述如下：

一、皮

皮，亦称皮肤，是人体的表层组织，为人体的外围屏障。其解剖学概念，相当于西医解剖学的“皮肤”（包括表皮、真皮、皮下组织及皮肤的附属器官）。人体防御外邪的功能，主要通过皮肤反映出来。如《内经》曰：“皮厚肉坚，固不伤于四时之风，其皮薄而肌不坚，……长夏至有虚风者病矣。”皮的这种防御功能与整个人体的脏腑气血等功能密切相关，尤其与肺、肾、营卫之气关系最密切。皮肤防御外邪的功能主要靠卫气来完成。皮肉为人之外壁，内充卫气，人之卫外者全赖卫气。卫气行于皮肤、分肉之间，起着护卫肌表、控制汗孔开合、抗御外邪的作用。卫气和畅则皮毛开合适度，内外调达，腠理致密，邪不能害。正如《灵枢·本藏》所说：“卫气者，所以温分肉，充皮肤，肥腠理，司开合也。卫气和则分肉解利，皮肤润柔，腠理致密矣。”《素问·痹论》又说：“卫者水谷之悍气也，其气慓疾滑利，不能入于脉也，故循皮肤之中，分肉之间，熏于肓膜，散于胸腹，逆其气则病，从其气则愈，不与风寒湿气合，故不为痹。”充分说明了卫气对皮肤防御功能的重要性和卫气的功能正常与否在痹病（风湿病）发病中的作用。皮为肺所生，为肺之外合，即《素问·五脏生成篇》说：“肺之合皮，其荣毛也。”《素问·六节脏象论》也说：“……其华在毛，其充在皮。”说明肺与皮有密切关系。卫气敷布也有赖于肺的宣发功能。如《灵枢·决气篇》说：“上焦开发，宣五谷味，熏肤、充身、泽毛，若雾露之溉，是谓气。”《素问·经脉别论》又说：“脉气流经，经气归于

肺，肺朝百脉，输精于皮毛。”说明皮的卫外功能强弱和自身荣枯与肺气密切相关。卫气为肾中阳气的一部分。卫气虽发于上，但根于下焦肾气，故有“卫出下焦”之说。肾气为人体之原动力，推动、引导着卫气的正常运行和敷布。肾气充则卫气强，肾气虚则卫气弱，故有“皮毛生（于）肾”之说。

二、肉

肉，即肌肉，位于皮下，如室之壁、屋之墙，对人体有保护、支撑和辅助运动的作用。故《内经》说“肉之墙”。张志聪解释说：“肉……犹城墙之外围也。”中医“肌肉”的概念大致相当于西医解剖学的骨骼肌，其存在于躯干和四肢，通常附着于骨，参于肢体运动。肌肉赖气血等物质的濡养。气血旺盛，肌肉得以濡养则发达丰满，肢体强健有力。脾胃为后天之本，气血生化之源。脾胃功能正常，则气血旺盛，四肢肌肉得养，故肌肉为脾所主。如《素问·痿论》说：“脾主身之肌肉。”再者，四肢由肌肉附着，其运动是肌肉协调舒缩的结果，故又有“脾主四肢”之说。脾胃化生气血，运化水湿，输布津液，濡养肌肉，故四肢肌肉为脾之外候，可以反映脾气的盛衰。若脾气虚弱，感受外邪，寒湿著着于肌肉，致肌肉酸痛，重着无力，引发痹病。久则出现麻木不仁、肌肉痿弱的肌痹重症。四肢肌肉痹病也可导致脾胃功能失调，出现脾痹之病，如《素问·痹论》曰：“肌痹不已，复感于邪，内舍于脾。”

三、脉

脉，即血脉，又称经脉、血府，是气血运行的通道。如《素问·脉要精微论》曰：“夫脉者，血之府也。”《灵枢·决气篇》又曰：“壅遏营气，令无所避，是谓脉。”中医的“脉”大致相当于西医解剖学的血管，包括动脉、静脉、毛细血管等。脉道不仅是约束、维系气血的通道，而且依靠心气与脉气的推动，运载气血，濡养周身，所以说“脉为血之府，以气为本”。脉的这些生理功能，赖心肺的功能调节，“心主身之血脉”，“肺主一身之气”，脉与心肺息息相关。在正常情况下，心血足则脉道盈满，以奉周身；心气盛则脉气亦足，能促进血行。因此，心脏气血充盈则脉道通行流畅，气血布达周身，内养五脏六腑，外营四肢百骸，濡筋骨，利关节。在病理情况下，心之气血不足，则鼓动无力，血脉空虚，肢体失养，可导致血行涩滞，易受外邪，引发痹病。如《内经》所说：“痹……在于脉则血凝而不流。”痹发于脉则脉搏微弱，甚则局部无脉搏动，患肢麻木、酸胀、疼痛等。肢体脉痹日久，正虚邪恋，心主受累，可引起心痹，即《内经》所说：“脉痹不已，复感于邪，内舍于心。”如西医的风湿热累及心脏，引起风湿性心脏病等。

四、筋

筋，即筋膜，附着于骨而聚于关节，是联络骨骼、关节、肌肉，维持肢节活动的一种组织。《素问·五脏生成篇》曰：“诸筋者，皆属于节。”筋、肌肉的收缩和弛张，引起肢体、关节运动的屈伸或转侧。中医的“筋”主要包括西医解剖学的脊神经、肌腱、韧带、关节囊等。筋与肝的关系最密切。《灵枢·九针》曰：“肝主筋。”《素问·痿论》曰：“肝主身之筋膜。”筋

赖肝血的滋养。《素问·经脉别论》曰："食气入胃，散精于肝，淫气于筋。"肝藏血、主筋，肝血充盈才能养筋，筋得所养才能运动有力而灵活。肝血不足，筋的功能就会发生异常。《素问·上古天真论》说："……肝气衰，筋不能动。"故筋的功能活动与肝有密切关系，而肝的病变亦可出现筋挛拘急等症状。风寒湿热之邪侵袭于筋，或痰瘀阻滞于筋，均可导致筋脉拘急疼痛、关节屈伸不利等筋痹证候。如《素问·痹论》说："痹……在于筋则屈不伸。"《素问·长刺节论》又说："病在筋，筋挛节痛，不可以行，名曰筋痹。"筋痹日久，正虚邪恋，可累及于肝，即："筋痹不已，复感于邪，内舍于肝。"

五、骨

骨，也称骨骼，是人体的支架，具有支持躯体、保护内脏的功能。《灵枢·经脉篇》所说"骨为干"即指此功能。中医的"骨"相当于西医解剖学的骨及软骨。骨与肾的关系最为密切，故有"肾主骨"之说。肾藏精、主骨、生髓，髓居骨中，骨赖髓以充养。肾精充足，则骨髓的生化有源，骨得到精髓的充分滋养和肾阳的温煦而坚固有力，御邪抗病。再者，骨靠关节相互连接，与肌肉、筋共同完成人体的各种动作。肾生髓，髓通于脑，骨髓有滋生骨骼的作用，脑则维持肢体灵活运动，故肾又主技巧，为作强之官。《素问·灵兰秘典论》称"肾者作强之官，技巧出焉"，作强就是动作轻劲多力，技巧就是精巧灵敏。说明肾亦和骨与关节的运动有密切关系。骨的强弱及关节的活动状态，可以反映肾的虚实。肾精不足，肾气虚衰，骨骼失养，邪气易于侵及于骨，引起骨痹，表现骨重不举、骨关节疼痛，甚则四肢拘挛、关节肿胀、骨骼变形等。骨痹日久，肾气益虚，反复感受外邪，可引起肾痹，出现"善胀，尻以代踵，脊以代头"的表现。正如《内经》所说："骨痹不已，复感于邪，内舍于肾。"

第三章　风湿病的免疫学基础

免疫是机体识别、中和、排除或消灭异物的一种能力。免疫的过程是机体识别异物、产生免疫应答、排除异物的过程。所以免疫按其本质来说，是机体抵抗外来侵袭以保持内环境相对稳定的一种复杂的生理性保护功能。但超越正常的免疫反应则会给机体带来不利，以致产生各种免疫损伤或免疫性疾病。因此免疫在机体中的作用包括免疫防御和免疫病理两方面，免疫防御具有生理意义，免疫病理则见于免疫损伤性疾病。

第一节　免疫系统

人体内执行免疫功能的组织器官和细胞构成免疫系统。体内执行免疫功能的组织和细胞主要是淋巴细胞，广义而言，免疫系统还包括单核—吞噬细胞系统。免疫系统主管机体的免疫功能，它与机体的其它系统相互分工协作。

（一）免疫器官

具有免疫功能的淋巴组织称为免疫器官。按免疫作用不同可分为中枢免疫器官和外周免疫器官两大类。中枢免疫器官包括骨髓、胸腺和腔上囊类似器官（类囊器官）。外周免疫器官有脾脏、淋巴结及弥散的淋巴组织。

1. 中枢免疫器官

胸腺位于胸腔纵膈上部，胸骨后方，分成左右两叶。新生儿胸腺重约 10～15 克，以后逐渐长大，至青春期最重，约 30～40 克。胸腺分泌胸腺素等胸腺激素，由骨髓来的淋巴干细胞受胸腺激素作用后，分化成胸腺衍生淋巴细胞，简称 T 淋巴细胞或 T 细胞。胸腺执掌机体的细胞免疫功能，新生动物被切除胸腺后细胞免疫严重受损，成年动物切除胸腺后对细胞免疫无显著影响，这是因为由胸腺产生的 T 细胞早已遍布全身，且可以长期在有关淋巴器官和组织中存在。骨髓、阑尾和扁桃体等类囊器官能诱导淋巴干细胞为骨髓衍生淋巴细胞，简称 B 淋巴细胞或 B 细胞。在胚胎期，胚肝也可培育淋巴干细胞成为 B 细胞。此外，骨髓还生成其他类淋巴细胞如杀伤性淋巴细胞（K 细胞）等。中枢性免疫器官是淋巴细胞分化、发育的场所，胸腺和骨髓可不依赖抗原刺激而能使淋巴细胞分化、增殖为成熟的淋巴细胞，成熟淋巴细胞再由此迁移到外周淋巴组织，中枢性免疫器官缺陷可导致免疫功能严重损害。

2. 外周免疫器官

脾脏是人体内最大的免疫器官，其实质可分成白髓和红髓。白髓由密集的淋巴细胞组成，沿中央动脉周围分布者称淋巴鞘，即 T 细胞定居区域。淋巴鞘中有散在的圆形或椭圆形的淋巴小结（脾小结），与淋巴结中的淋巴滤泡相似，亦可有生发中心，它是 B 细胞定居部位。红髓中亦含有大量 B 细胞，浆细胞则多位于淋巴鞘周围的红髓中。脾脏除具有与淋巴结相似之功能外，还有造血功能及清除自身衰老的红细胞和免疫复合物的功能，血窦尚有贮存和调节

血量的作用。淋巴结由皮质和髓质构成。皮质的皮质深区是T细胞分布区，又称胸腺依赖区；皮质的生发中心和髓质是B细胞分布区，又称非胸腺依赖区。淋巴结的淋巴细胞总数中，75%是T细胞，25%是B细胞。脾脏和淋巴结具有清除异物、增殖淋巴细胞的功能，其增殖需依靠抗原的刺激。淋巴小结和弥散的淋巴组织多分布于呼吸道、消化道和泌尿生殖道等粘膜下组织，粘膜分泌液中的免疫球蛋白主要由这些淋巴组织产生，具有局部防御作用。

（二）免疫细胞

系指参与免疫反应的细胞，主要是淋巴细胞。广义而言，免疫细胞还包括巨噬细胞等。淋巴细胞因受抗原刺激后能发生特异性免疫应答，故又称为免疫活性细胞，是主要的免疫细胞。免疫活性细胞有T细胞、B细胞和K细胞等，T细胞主管细胞免疫，B细胞主管体液免疫，T细胞和B细胞在寿命、分布、表面标记、对丝裂原反应等都有所不同。见表1—3—1。

表1—3—1 T细胞和B细胞特性比较

分布、标记、反应项	T细胞	B细胞
寿　　命	长　寿 （数月～数年）	短　寿 （数天～数周）
分　　布：		
外周血	55～75%	15～20%
胸导管	＞90%	＜10%
骨　髓	＜25%	＞75%
脾　脏	50%	50%
淋巴结	75%	25%
表面标记：		
绵羊红细胞受体（E受体）	＋	－
膜表面免疫球蛋白受体（SmIg）	?	＋
补体C_3受体	－	＋
抗体Fc段受体	＋	＋
对丝裂原反应：		
植物血凝素（PHA）	＋	±
刀豆素A（ConA）	＋	－
美洲商陆（PWM）	＋	＋
细菌内毒素（LPS）	－	＋
二硝基氯苯（DNCB）皮试反应：	＋	－
扫描电镜观察	表面较光滑	表面较粗糙
电泳速度	较　快	较　慢
酸性非特异性酯酶	＋	－
免疫功能	细胞免疫	体液免疫

免疫活性细胞T细胞和B细胞因细胞表面抗原和表面受体不同，可分为若干亚群。T细胞有下列亚群：①辅助性T细胞（T_H细胞）约占外周血液中T细胞的1/3。T_H细胞能传递抗

原信息给B细胞，辅助B细胞识别胸腺依赖抗原，并诱导B细胞分化和产生抗体。此外还能协助杀伤性T细胞和巨噬细胞发挥免疫功能。②抑制性T细胞（T_S细胞）约占外周血液中T细胞的5～10%，能抑制B细胞产生抗体，抑制禁株细胞活动和杀伤性T细胞的杀伤作用。T_H细胞和T_S细胞在体内的相互平衡协调对于稳定和调节免疫功能有重要作用。③杀伤性T细胞（T_K细胞）又称为效应性T细胞（T_E细胞）、细胞毒性T细胞（T_C细胞），约占外周血液T细胞的50%，通过与靶细胞直接接触或释放淋巴毒素使靶细胞被杀伤。④记忆性T细胞（T_M细胞）在受抗原刺激后，中途停止分化而能长期保存免疫信息，再次接触同样抗原时能迅速分化增殖，成为致敏淋巴细胞而产生免疫反应。

B细胞亚群划分标准尚未统一，按细胞表面标记可分为如下几个亚群：①B_1细胞表面具有IgM，不需T_H细胞协助即可产生抗体。②B_2细胞表面具有IgM、IgD和C_3受体，需要T_H细胞协助才能产生抗体。③B_3细胞为记忆性B细胞，能贮存免疫信息，当再遇到同样抗原时可以迅速分化增殖而转化为浆细胞。

外周血液中的淋巴细胞，除T细胞和B细胞之外，尚有杀伤细胞（K细胞）、自然杀伤细胞（NK细胞）和裸细胞（N细胞），近年受到人们的重视。①K细胞约占淋巴细胞总数的5～15%，虽有杀伤作用，但只能杀伤被相应抗体（IgG）覆盖的靶细胞。当IgG类抗体与靶细胞的表面抗原结合后，IgG分子的Fc段可与K细胞表面的Fc受体结合，触发K细胞的杀伤作用。这种杀伤作用必须依赖于特异性抗体（IgG）作为桥梁，故称为抗体依赖性细胞介导的细胞毒性作用（ADCC）。除K细胞外，中性粒细胞、单核细胞、巨噬细胞等亦有ADCC作用。②NK细胞不同于K细胞，也不同于T_C细胞。它不需抗体的存在，亦无需经抗原致敏，即可直接杀伤某些肿瘤细胞或病毒感染的细胞。干扰素可活化NK细胞，白细胞介素2（IL－2）可刺激NK细胞不断增殖和产生干扰素，发挥更大的杀伤作用。③N细胞表面无T、B细胞表面标记，故又称为无标记细胞。N细胞缺乏成熟T、B细胞的特征，所以N细胞可能是幼稚的未成熟的免疫活性细胞。

免疫活性T和B细胞的发育、分化和介导特异性免疫见图1　3－1。

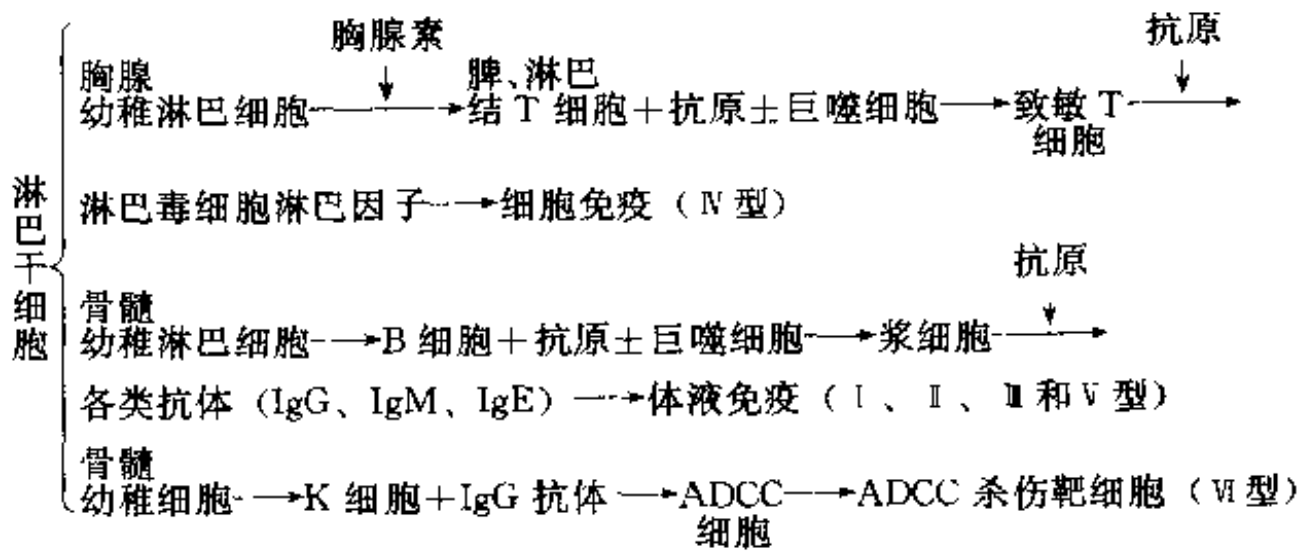


图1—3—1

第二节　非特异性免疫

非特异性免疫系指机体对所有体内外的异物都可产生的免疫反应，包括天然的生理屏障作用、各种细胞的吞噬作用以及正常体液的防卫作用。生理屏障作用又分为体表屏障和体内

屏障，前者是指皮肤、粘膜的屏障作用，它们可防止绝大部分微生物及外界抗原进入体内，是机体的第一道防线；后者是指淋巴结、血脑、血胸腺、血眼、血胎等特殊防线，它们可以阻挡病原微生物从血流侵入有关组织。若屏障功能一旦破坏，这些外界物质就有可能进入体内。起初引起机体吞噬系统反应，继而可引起炎症反应。炎症反应乃为吞噬细胞的作用创造更有利的条件。在机体的各种体液中还有一些特殊的化学物质，包括补体、溶菌酶、乙型溶素、干扰素等，这些物质直接对微生物的杀灭作用并不大，但是能配合其它杀菌因素而发挥强大的免疫力。此外，正常人体体表及开放性腔道内的正常菌群的存在，在机体功能状态正常时，它们不但不致病，且由于微生物间的互相拮抗作用，反而有防卫作用。

（一）细胞吞噬作用

单核—吞噬细胞系统的单核细胞、巨噬细胞和中性粒细胞在与抗原物质接触后，通过趋化、辨认、吞入和杀灭等步骤消灭抗原异物，其中任何步骤异常都可影响吞噬细胞吞噬和杀灭抗原。巨噬细胞除直接吞噬抗原外，还通过直接接触、释放溶酶体酶或其它生物活性介质（如干扰素、肿瘤坏死因子等）溶解靶细胞；巨噬细胞还可聚集和处理抗原，将抗原信息传递给淋巴细胞而参与特异性免疫。

（二）体液性防御因素作用

体液中含有多种抑菌、杀菌和促进细胞吞噬作用的物质，如溶菌酶、备解素、干扰素和补体等。其中补体作用较重要，且与特异性免疫有关。补体存在于正常血清中，主要是由优球蛋白和粘蛋白组成的非特异性物质，为可被抗原抗体反应激活的酶系统，又称补体系统，由9种成分（C_1、C_2、C_3～C_9，C_1又可分为C_{1q}、C_{1r}、C_{1s}）组成。免疫复合物经C_{1q}结合Ig的Fc片断而激活补体系统。活化的C_1本身再依顺序活化下一部分，引起连锁效应。补体活化的完成引起细胞膜的损害，电镜下可见散在的小洞导致细胞溶解。其活化顺序简列于下：C_{1q}结合Fc片段，其后C_{1s}释放酯酶，后者作用于C_4和C_2，C_4和C_2被活化，结合于细胞，再作用于C_3。继发以下过程：①趋化因子Ⅰ形成，使多核白细胞趋化；②过敏毒素Ⅰ形成，肥大细胞释放组胺；③免疫粘附，吞噬细胞吞噬增强；④免疫粘合素形成，固定C_3的抗体，其后引起$C_{5\sim7}$复合物形成并结合，$C_{8\sim9}$复合物形成并结合，引起；⑤过敏毒素Ⅱ形成；⑥趋化因子Ⅱ、Ⅲ形成，最后引起；⑦膜损害溶解，C_8使细胞膜打洞，C_9使细胞完全溶解。

在炎症的早期，主要的补体成分为C_3和C_5。在某些免疫复合物疾病中可检测血清C_3和C_5，免疫复合物沉积可致血清补体减少。

补体活化可通过经典途径，多数由抗原抗体复合物激活，而旁路途径则多由IgA、细菌内毒素、细菌多糖等激活C_3引起活化过程。

第三节 特异性免疫

特异性免疫是个体在出生后形成的，机体受到抗原刺激后，能对抗原发生专一性免疫反应，称为特异性免疫。

（一）抗原

凡能刺激机体免疫系统产生致敏淋巴细胞或抗体，并能与之特异性结合的物质称为抗原。

它有两个特性：①免疫原性，即抗原物质在一具有免疫反应能力的机体中所能激发机体产生致敏淋巴细胞或抗体的特性；②免疫反应性或抗原特异性，即指能和已形成的致敏淋巴细胞或抗体发生特异性结合的特性。具有上述两个特性的抗原称完全抗原。仅有抗原特异性而无免疫原性的称半抗原或不完全抗原。大多数的多糖、类脂均属半抗原。半抗原的分子很小，在与大分子物质（如蛋白质）共价结合后可成完全抗原。

1. **异种抗原**

异种抗原有病原微生物及其产物、异种动物血清、不同血型的红细胞或同种异体组织细胞等。它们通常为蛋白，少数为脂类或单纯化学物质。

2. **同种抗原**

机体内的自体成分一旦发生改变可成为自体抗原，可激发自体抗体或致敏淋巴细胞而引起异常的免疫应答，有的可导致自体免疫疾病，如 SLE 等。

抗原性物质分子量一般都比较大（常在 10，000 以上），这是因为大分子物质不易被机体破坏或清除，而能在体内存留较长时间，持续刺激机体免疫系统；此外，分子量越大，分子表面抗原决定簇也越多，化学结构也越稳定。抗原还具有一定的化学性基团，即所谓抗原决定簇，多数抗原表面有多个抗原决定簇，能被机体免疫系统识别并发生特异免疫反应。

（二）抗体

抗体是一组能与抗原呈高度特异性结合的球蛋白。一切抗体都是免疫球蛋白。大部分免疫球蛋白是丙种（γ）球蛋白，一小部分是乙种（β）及甲种（α）球蛋白。γ 球蛋白不一定都具有抗体活性。因此，现在一般将具有抗体活性的球蛋白称免疫球蛋白（Ig）。

免疫球蛋白分为 5 类：IgG、IgM、IgA、IgD、IgE。各类 Ig 的基本结构单位是由二硫键连接的二条轻链和二条重链组成。重链的氨基酸排列顺序在各类 Ig 中均不同，据此可将 Ig 分为 IgG、IgM 等 5 类。

木瓜蛋白酶水解 IgG 为 3 个片段：2 个 Fab（抗原结合片段），1 个 Fc（可结晶的片段）。胃蛋白酶水解 IgG，分解 Fc，留有 $F(ab')_2$（两价）。Fab 片段、$F(ab')_2$ 具有抗体专一性，能与抗原结合。Fc 具有抗体生物活性，能与补体和细胞表面 Fc 受体结合。

在体液免疫中，抗体有特异性灭活病毒、凝集细菌、中和毒素、激活补体等作用。免疫活性细胞膜上的 Ig 有识别抗原、与特异性抗原结合的能力。5 类 Ig 主要特征见表 1—3—2。

表 1—3—2　人类免疫球蛋白种类及主要特征

	IgG	IgA	IgM	IgD	IgE
血清含量 (mg/dl)	600～1,600	20～500	60～200	0.1～4.0	0.03～0.05
占 Ig 总量 (%)	75	13	6	1	0.002
分子量	150,000	170,000～500,000	900,000	200,000	200,000
四肽链数	1	1～2	5	1	1
亚类	G_1、G_2、G_3、G_4	A_1、A_2	M_1、M_2		

续表

	IgG	IgA	IgM	IgD	IgE
抗原决定簇	2	2	5 或 10	2	2
合成部位	脾、淋巴结	呼吸道和消化道粘膜	脾、淋巴结	淋巴结、扁桃体	呼吸道和消化道粘膜
生物学功能	抗病毒、抗细菌、抗毒素、封闭抗体、激活补体(G_1、G_3)能通过胎盘	分泌型 IgA(SIgA)有局部抗病毒、抗菌作用	调理、溶菌、溶血、激活补体	不明	有亲同种细胞作用、与Ⅰ型变态反应有关

(三) 特异性免疫反应

1. 免疫反应过程

机体在抗原刺激下产生免疫反应，大致可分为如下 3 个阶段，①致敏阶段，是抗原摄取和处理阶段。进入体内的抗原物质，大多先被巨噬细胞吞噬，经消化降解、浓集，将抗原决定簇与巨噬细胞内的信使核糖核酸（mRNA）结合成为 mRNA 与抗原的复合物，再将此抗原信息传递给辅助性 T 细胞，辅助性 T 细胞再把抗原信息传递给 B 细胞。有些抗原可以不依赖辅助性 T 细胞而把抗原信息直接传递给 B 细胞。②反应阶段，是免疫活性细胞识别抗原并进行分化增殖阶段。免疫活性细胞被抗原致敏后，T 细胞分化增殖为致敏淋巴细胞，B 细胞分化增殖为浆细胞，部分 T 细胞、B 细胞将抗原信息储存在细胞内而成为免疫记忆细胞。③效应阶段，是释放免疫产物发生免疫效应阶段。免疫效应细胞（致敏淋巴细胞和浆细胞）及其产生的免疫产物（淋巴因子和抗体）能与相应的抗原物质或带有抗原的靶细胞发生免疫反应，将其凝聚、沉淀或破坏。

2. 细胞免疫

系由 T 细胞介导的免疫反应。在 T 细胞接触抗原后，被致敏、分化和增殖为致敏淋巴细胞。如再次接触相同抗原，该细胞可直接杀伤靶细胞或释放各种淋巴因子，引起组织炎症性损害。已知有多种淋巴因子，具有多种不同的生物学效应，主要是趋化和激活吞噬细胞、杀伤靶细胞、引起迟发型变态反应，干扰病毒增殖及扩大细胞免疫反应，将抗原局限或清除。主要者见表（1—3—3）。

表 1—3—3 淋巴因子的种类和作用

趋化因子（CF）	吸引巨噬细胞或中性粒细胞向病变区趋化
移动抑制因子（MIF）	抑制巨噬细胞或中性粒细胞游走使它聚于病变区
促分裂因子（MF）	促使 T 细胞转化、分裂、增殖为淋巴母细胞
淋巴毒素（LT）	破坏抗原或带有抗原的靶细胞
转移因子（TF）	使 T 细胞转化为致敏淋巴细胞
皮肤反应因子（SRF）	增强血管通透性，促进白细胞渗出
干扰素（IF）	干扰病毒蛋白合成，抑制病毒复制

3. 体液免疫

系指由抗体产生的免疫。因抗体分布在体液内，故称为体液免疫。B 细胞受抗原刺激后分

化为浆母细胞，并分裂增殖为浆细胞，合成和分泌免疫球蛋白（Ig），引起抗原抗体反应。

第四节　各类免疫的相互关系

机体内各类免疫之间在结构上紧密结合，功能上相辅相成。非特异性免疫中，巨噬细胞能识别和处理抗原，传递抗原信息给免疫活性细胞。此外补体参与抗原抗体反应，加强特异性免疫应答。特异性免疫中，致敏淋巴细胞释放的淋巴因子和B细胞产生的抗体可加强巨噬细胞等吞噬作用，细胞免疫和体液免疫也相互调节和制约，辅助性T细胞和抑制性T细胞调节B细胞产生抗体，B细胞产生的封闭抗体和嗜细胞性抗体则有抑制和增强细胞免疫的作用。总之，机体的免疫力是非特异性免疫和特异性免疫的总和，大多数抗原除能引起非特异性免疫外，还能同时引起细胞免疫和体液免疫。

第五节　正常免疫反应和异常免疫反应

在抗原刺激下机体出现正常或异常免疫反应。正常免疫反应对机体有利，具有抗御感染（消灭微生物和中和毒素）、自身稳定（清除体内衰老、破损细胞）和免疫监督（识别和清除突变细胞）等功能，以保护人体免受感染并维持内环境恒定。由于进人机体的抗原的质和量的不同及机体免疫遗传性差异，有些人可出现异常免疫反应，表现出免疫反应异常增高或降低。过高反应见于变态反应、自体免疫性疾病；过低反应见于免疫缺陷性疾病等。

第六节　中医对风湿病免疫学基础的认识

中医对免疫的概念早在两千多年前已有一定认识。我国最早的医籍之一--《内经》就指出："真气从之，精神内守，病安从来"，"正气存内，邪不可干"和"邪之所凑，其气必虚"等论点，认为疾病是人体正气同邪气这一对矛盾斗争的过程，在这一对矛盾中正气的强弱直接决定着疾病的发生、发展和转归。邪气是人体内外环境中多种致病因素的总称。正气或真气概括了机体免疫系统的正常功能。这种具有免疫学认识的医学思想指导了我国两千多年来的医学实践。

中医学的正气是相对邪气而言，概括机体内一切抗病物质和功能，包括脏腑经络营卫气血的正常生理功能。邪气是一切致病因素的总称，即指外界六淫之邪，又指机体内阴阳（包括脏腑经络营卫气血）失调所产生的病理改变（如虚证）和病理产物（如瘀血、痰浊）等病邪。《素问·遗篇刺法论》说："正气存内，邪不可干。"可见只要机体正气充实，内、外之邪就可预而防之，战而胜之，人体就免于疾病。如果因种种原因使机体正气不足，一则外邪乘虚而人，二则内邪蜂起，即可引起各种疾病，即所谓"邪之所凑，其气必虚"。说明正气有抵御和祛除外邪的作用，调节和稳定机体内在的阴阳平衡，从而消除内邪，使脏腑经络营卫气血保持正常的生理功能，进行正常的生理活动。总之，正气具有祛除邪气，调节阴阳，保护机体的作用。这与西医免疫系统的防御、自稳、监视三大功能基本一致。免疫系统的正常功能相当于正气。免疫系统的组织细胞相当于正气的重要物质基础。一切外来的病原微生物等异己分子和因种种原因改变了性质的机体自身的组织细胞即"蜕化变质分子"，其能刺激机体

产生免疫排斥反应的“非己”物质，相当于邪气。免疫反应相当于正邪斗争。免疫系统功能正常，免疫反应就起防止疾病的作用，即正能胜邪而不致为病。免疫系统功能异常、免疫反应会出现过高或过低的反应，也称变态反应或超敏反应，即正不胜邪，或邪正剧争，则可发生疾病。临床上，风湿病中具有免疫紊乱的疾病，如系统性红斑狼疮、血管炎综合征等，采用扶正祛邪、调整阴阳法则治疗，常收到意想不到的疗效。说明这种治法和用药在免疫失衡恢复中起主导作用。

一、卫气与免疫的关系

中医学把能抵御外邪入侵的正气称为卫气。《灵枢·本藏篇》云：“卫气者，所以温分肉，充皮肤，肥腠理、司开阖者也。”“卫气和，则分肉解利，皮肤调柔，腠理致密矣。”《素问·痹论篇》说：“卫者，水谷之悍气也，其气慓疾滑利，不能入于脉也，故循皮肤之中，分肉之间，熏于肓膜，散于胸腹，逆其气则病，从其气则愈。”《灵枢·卫气行篇》进一步指出卫气循行为：“其始入于阴，常从足少阴注入肾，肾注于心，心注于肺，肺注于肝，肝注于脾，脾复注于肾为周。”这些说明，卫气不仅行于皮肤、分肉之间，起着护卫肌表、控制汗孔开合、抵御外邪的作用，还循行于体内的肓膜、胸腹、各脏器，起着温煦保护、抵御病邪的作用。因此，卫气泛指机体内的很多抗病物质，即能祛除外邪，也能清除内邪，其概念范畴是比较广泛的。卫气充实，邪气薄弱，则邪气不能侵入；即便侵入，也立即被卫气驱出而不发病。即使邪气盛，只要卫气充实，腠理固密，也不会引起疾病。如《素问·生气通天论》说：“风者百病之始也。清静则肉腠闭拒，虽有大风苛毒弗之能害。”若卫气强，邪气盛，则斗争激烈，机体便可反映出一些病理现象。《素问·疟论》说：“卫气之所在，与邪气相合则病作。”若外邪侵入皮肤分肉之间，卫气可立即去将外邪包围，阻止深入体内，并围而歼灭之。若卫气虚弱，邪气就可乘虚直入，无力的卫气仍然可与邪气相争，但因邪强卫弱，不能驱邪外出，以致病邪留恋而导致疾病的发生发展。正如《灵枢·刺节篇》说：“虚邪入之于身也深。……有所结，气归之，……有所结，深中骨，气因于骨。”这里所说的“虚”是指正气虚，亦包括卫气虚。“有所结”，是指邪气侵入与正气搏击，正邪交结在一起。“气归之”是指正气（包括卫气）到邪气聚结处与之相争，但正虚不胜邪，以致邪气步步深入以至于骨。正气虽然节节败退，但是步步紧跟，始终与邪气搏斗。

可见，卫气的作用与免疫防御功能相似。卫气与邪气相争，类似免疫反应。似可认为卫气除包括非特异性免疫的皮肤粘膜抵御致病因子入侵的屏障作用外，还可能包括多种免疫成份，如淋巴、单核和体液免疫等。

二、肺脾肾与免疫的关系

在脏腑功能中，中医认为肺脾肾三脏最为重要，也是正气（真气）的主要分司所属。《灵枢·刺节真邪篇》说：“真气者，所受于天，与谷气并而充身者也。”这里的“天”，一指先天之气；一指天之清气。先天之气属于“元气”，元气藏于肾，是维持生命活动的原动力；天之清气是靠肺吸入体内而敷布全身的，即“天气通于肺”。谷气即水谷之气。水谷由胃纳、脾运而后化生为营卫气血。《灵枢·决气篇》说：“中焦受气取汁，变化而赤，是谓血。”这里的中

焦是指脾胃，说明脾胃是营卫气血生化之源。由此可见，正气与肺脾肾密切相关，而正气又具有免疫系统的功能，所以肺脾肾与免疫关系密切。

肺脾肾虽然都与免疫密切相关，但其中以肾为根本。因为肾藏的元气能激发和推动全身各组织器官的生理活动，维持人体生长发育和生命。五脏六腑之气的产生也赖元气的资助。元气充沛，脏腑功能就正常，身体就健康。若因先天禀赋不足，或后天失于调养，或久病损伤，都可致元气衰惫，元气衰正气必弱，抗病无力，就可产生各种病变。《灵枢·营卫生会篇》指出："卫出下焦。"这说明卫气亦本源于先天，为肾中元气所化，而赖脾胃水谷精微所充养。因此，肾中元气虚损，必然导致整个机体的正气衰减。所以中医特别注重"培元固本"。元气包含元阴、元阳，即肾阴、肾阳。元阴、元阳滋助和调整着全身的阴阳，正如张景岳所说："五脏之阴，非此不能滋；五脏之阳，非此不能发。"机体只有在阴阳相对平衡条件下，一切组织系统（包括免疫系统）的生理活动才能得以正常进行，机体才健康无病，即所谓"阴平阳秘，精神乃治"，这也就是免疫系统的自我稳定功能。如果因为种种原因，阴阳失去平衡，免疫系统的稳定性遭到破坏，就会产生过高的免疫反应，或免疫功能减弱、免疫反应不足，或表现为免疫功能紊乱（细胞免疫低下，而体液免疫亢进）。阴阳平衡遭到破坏所产生的疾病，尤其是虚证的阴阳失调，主要是通过肾阴肾阳即元阴元阳发挥其调节作用。这些阴阳失调又可看成是免疫失去平衡。因此，调节阴阳，特别是调节肾阴肾阳，就可调整免疫功能，使之趋于平衡稳定，从而防止异常免疫反应的发生。由此可见，肾是调节阴阳平衡、免疫平衡的重要脏器。

西医学认为，机体免疫稳定功能失调，造成生理功能紊乱，引起过高或过低的免疫反应或变态反应，导致各种病理损害，发生自身免疫性疾病等。一般认为神经系统的兴奋与抑制对机体免疫功能的稳定起调节作用，并通过脑下垂体—肾上腺皮质系统维持相对稳定。脑下垂体是调节免疫反应的主要环节，它通过分泌 ACTH 的作用，促使肾上腺皮质分泌皮质类固醇，减少与抑制过高的免疫反应；同时，脑下垂体通过生长激素的作用，激发免疫，增强过低的免疫反应，从而起到调整免疫平衡，维持机体免疫功能的相对稳定。中医学的"肾"，经沈自尹等人研究证明，具有"下丘脑—垂体—肾上腺皮质轴"和"下丘脑—垂体—甲状腺轴"的功能。所以，"肾"在调整和维持免疫平衡及其稳定方面，有重要的作用。

近年来的研究表明，细胞内两种环核苷酸，即 cAMP 和 cGMP，是一种拮抗物，对生物细胞有双向调节作用，称为 cAMP/cGMP 双向控制系统。一般情况下，cAMP 增高时对免疫起抑制作用，cGMP 增高时，却能增强免疫。正常状态时，cAMP/cGMP 保持一定比值，具有双向调节作用，使细胞内功能处于稳定状态。邝安堃教授通过对血浆环核苷酸的测定，初步观察到阳虚病人的 cAMP 低于正常，而 cGMP 高于正常，cAMP/cGMP 的比值较正常人为低。阴虚病人 cAMP 增高，而 cGMP 减少，cAMP/cGMP 比值升高。这说明体内阴阳的变化可反映 cAMP 与 cGMP 的相应变化，因肾为阴阳之根，故亦说明了中医的肾在免疫机能方面起着主导作用。

肾虽然在调节免疫功能方而起主导作用，但脾肺的作用也是不可忽视的。中医认为肾要调节整体的阴阳，就要靠气化作用。气化作用的基本形式是气机的升降出入。人体脏腑经络的功能活动，脏腑经络以及气血阴阳的相互联系、相互制约，无不依赖于气机的升降出入。肺的宣发与肃降，脾的升清与胃的降浊，心肾的阴阳相交，水火即济，都是气机升降出入的具体体现。机体各器官系统的正常生理活动，就是由于气机升降不已，出入不息，才维持其动

态平衡。升降出入逆乱，器官系统的生理活动也随之发生紊乱；升降出入停止，生理活动也就停止，生命宣告结束。《素问·六微旨大论》说："出入废则神机化灭，升降息则气立孤危。故非出入，则无以生长壮老已，非升降，则无以生长化收藏。是以升降出入，无器不有。故器者生化之宇、气散则分之，生化息矣。故无不出入，无不升降。"脾胃为后天之本，居于中焦，通联上下，是升降运动的枢纽。肺吸清吐浊，主宣发肃降，是气出入的要冲。升降正常，出入有续，就可维持"清阳出上窍，浊阴出下窍；清阳发腠理，浊阴走五脏；清阳实四肢，浊阴归六腑"的各种正常生理功能，包括免疫系统功能的平衡稳定。所以，脾、肺的虚实变化，也可影响免疫功能的平衡稳定；脾、肺的虚实得到改善，免疫状态可相应改变。

西医学认为，交感和副交感神经属于双向控制系统，无论在整体内还是在细胞内都存在着交感与副交感双向控制，细胞内 cAMP 与 cGMP 的双向控制也不例外。cAMP 是交感神经兴奋儿茶酚胺的第二信使，cGMP 是副交感神经兴奋乙酰胆碱的第二信使，二者的平衡对免疫系统起着调节作用。现代研究证明，脾、肺与植物神经功能有关，对肺、脾虚患者植物神经功能检查表明，脾阳虚病人多有明显的副交感神经偏亢，交感神经兴奋相应降低。肺气虚病人的真性胆碱脂酶（ChE）显著高于对照组，提示肺气虚存在植物神经功能紊乱，并以副交感神经功能亢进为主。肺也是前列腺素 E 或 F 的生物合成、释放和灭活的主要场所。前列腺素 E 和 F 相拮抗，起双向调节作用。前列腺素广泛存在于组织和体液中，与神经、内分泌、呼吸、心血管等系统和器官的机能调节有关，并对糖、脂肪、蛋白质、水和无机盐的代谢均起着重要作用。肺还是一些激素如缓激肽、甲状腺素、皮质激素等的代谢场所和靶场，可通过这些激素对免疫发挥调节作用。总之，肺、脾在一定条件下和一定程度上参与了免疫功能的调节。

机体免疫活性细胞的来源，中医认为也与肺、脾、肾有关。西医认为免疫活性细胞来源于骨髓多能干细胞。干细胞转移到胸腺和骨髓的特殊环境里，被诱导处理，分化成功能不同的 T 淋巴细胞、B 淋巴细胞。这两种细胞是机体特异性免疫 --细胞免疫和体液免疫的物质基础。无论是 T 细胞还是 B 细胞，以及它们的亚群，都能行使免疫功能。属于免疫活性细胞，都来源于骨髓。根据中医"肾生骨髓"的理论，可认为"肾"与免疫活性细胞的来源直接相关。"肾生骨髓"的理论已为现今临床实践所证实。如运用补肾的方法治疗骨髓机能障碍的再生障碍性贫血获得成功，可以证实肾与骨髓的关系。最近国外有学者发现肾脏可以分泌大量的促红细胞生成素，此素是作用于骨髓的多肽激素。进一步证实了中医的"肾生骨髓"理论的科学性。何况中医的"肾"，远远超出西医解剖学上肾的范围。

肾与 T 细胞形成有关的胸腺密切相关。胸腺为中枢免疫组织。胸腺的发育、衰退、萎缩与肾气的盛衰基本一致。7～8 岁时，肾气充盛，胸腺此时增大；24 岁左右，肾气平均，此时胸腺发育也减慢趋于稳定；40 岁左右，肾气始衰，胸腺也开始衰退；八、九十岁，肾气焦，胸腺也完全萎缩。可见中医肾气包括了主宰细胞免疫的胸腺功能。

机体免疫细胞的形成与脾、肺亦密切相关。免疫细胞的形成过程，属于中医的"气化"过程。"气化"作用无器不有。"脾为后天之本"，"气血生化之源"，"肺主一身之气"，"诸气者，皆属于肺"。故二脏在"气化"方面起着重要作用。临床所见，某些脾虚患者确有免疫功能低下的表现。运用健脾益气方药治疗后，随着脾虚症状的改善，T 细胞比值、淋巴细胞转化率，以及免疫球蛋白多可提升。临床中发现肺虚患者也存在免疫细胞减少现象，采用补益肺气的方药治疗，随着肺虚症状的改善和痊愈，免疫细胞也回升或恢复到正常水平。这说明脾、肺

亦参与免疫细胞的形成过程。

中医认为人体是一个有机的整体。其他脏腑对免疫功能的调节也有一定作用。脏与脏、脏与腑之间存在着相互依存、相互制约的关系，并依靠这种关系维持着机体的协调统一。五行相生相克的学说，就反映了人体内脏之间的自我调节作用，表现为相辅相成，相反相存，维持其活动均势，即自我稳定。《内经》说："亢则害，承乃制，制则生化。""亢则害"是自我稳定功能的失调，"承乃制"是自我稳定功能正常的表现。自我稳定功能正常，免疫也就平衡，免疫性疾病也就无从发生，所以叫"制则生化"。这种脏腑制约论，实际上就是对整体机能的自动调节。犹如机体通过神经体液对环核苷酸和核酸发挥调控，从而对整体机能和各组织细胞器官系统包括免疫系统功能起调节平衡作用一样。

第四章　风湿病的病理

第一节　风湿病的组织病理

风湿病的基本病理变化为全身疏松结缔组织有广泛的、不同程度的损害。其特点为：粘液样水肿，类纤维蛋白变性，肉芽肿形成，炎症细胞浸润，晚期呈现透明性变或硬化等变化。常以血管炎为主。不同部位的动脉、静脉和毛细血管，均可有不同程度的病理改变。动脉系统病变以中、小动脉为主，表现为血管内皮细胞和外皮细胞增生或血管全层炎症。内弹力膜发生断裂、管壁纤维蛋白样坏死、血栓形成或闭塞、动脉瘤形成、出血或纤维化等变化。早期以中性或嗜酸性细胞浸润为主，以后则有淋巴细胞、组织细胞或浆细胞浸润。

基质粘液样水肿可能由于粘多糖增多或其性质发生改变所致，常见于疾病的早期。类纤维蛋白变性发生前，必先有基质中蛋白质—粘多糖复合物的破坏，从而导致游离粘多糖及粘多糖降解产物的增多，毛细血管通透性增加，使血清蛋白组成部分的碱性蛋白质即纤维蛋白易与这些物质接触，形成类纤维蛋白。苏木紫、伊红染色在病变处可见肿胀碎裂的纤维上和纤维间有嗜酸性蜡样物质沉积。

疏松结缔组织广泛分布在全身各处，特别是皮肤、血管壁、心内膜、浆膜、滑膜等部位。一旦发病就可在不同时期产生皮肤、关节、心内膜、肾脏、胸膜及其他脏器病变。

本类疾病虽然有共同的基本病理改变，但由于疾病的不同，病理上亦有不同的变化。如系统性红斑狼疮（SLE）的主要损害为面部蝶形斑，疣状心内膜炎，肾脏“线圈样”特征性病变，脾小动脉周围纤维化。皮肌炎（DM）主要为横纹肌非化脓性炎症和变性，心肌也可同样受累。进行性系统性硬化症（PSS）则以皮肤及小血管硬化为主，以后食道、肠壁、心、肺可逐渐出现硬化，肾血管球性硬化常在病程末期发生。结节性多动脉炎（PN）的特点为中，小动脉损害，在皮肤上表现为皮下沿血管排列的结节，而最常受累的器官则为肾脏、肠道‘及皮肤。类风湿性关节炎（RA）主要累及关节滑膜组织，并伴有关节强硬和畸形。

第二节　风湿病的免疫病理——变态反应

变态反应又称超敏反应，是人体受抗原刺激后引起组织损伤或生理功能紊乱的一种异常的免疫反应，也就是超越了生理范围的病理性免疫反应。其特点是免疫反应性异常增高。变态反应引起的疾病称为变态反应性疾病。大多数风湿病都属于变态反应性疾病。

引起变态反应的物质称过敏原或变应原。变应原种类很多，有异种抗原，如血清蛋白、异种细胞、微生物、寄生虫等；有半抗原，如药物、化学药品等；还有改变了的自身组织成分。自身免疫性风湿病就是由最后一种抗原引起的。

发生变态反应的原因，除变应原进入体内之外，尚有机体免疫反应异常。某些变应原对

大多数人不发生变态反应，而对少数过敏体质的人发生变态反应。人体免疫反应性异常与遗传因素有关，故大多数风湿病人有遗传素质。

根据变态反应对组织损害机理的不同，将变态反应分为第Ⅰ～Ⅳ型，近年来又提出Ⅴ和Ⅵ型。在风湿病的发病原理中，不同的免疫反应是引起疾病或组织损伤的重要原因。有的疾病是以某一类型免疫反应形式引起发病，有的为两种或两种以上的免疫类型混合引起发病。

（一）Ⅰ型（速发型、反应素型）

机体接触变应原后反应发生迅速。由反应素（IgE）介异。多见于过敏体质的人，初接触变应原后，体内产生大量IgE抗体，它是亲同种细胞性抗体，其Fc段与组织中肥大细胞或循环中嗜碱性粒细胞膜上的F_{ab}段结合而致敏。再次接触变应原，即激发细胞内酯酶反应，降低细胞内环磷酸腺苷（cAMP），促使细胞脱颗粒，从颗粒中释放出组胺、5-羟色胺、慢反应物-A、过敏性嗜酸细胞趋化因子和激肽等生物活性物质，引起腺体分泌、平滑肌痉挛、毛细血管扩张和通透性增加等。在风湿病中，Ⅰ型变态反应常见，可单独或与其他类型混合出现。多常见的表现如荨麻疹、哮喘样呼吸困难等，严重者可见休克。

（二）Ⅱ型（细胞毒型或细胞溶解型）

此型反应由IgM或IgG介导。异体或自体细胞表面抗原刺激机体产生抗体。与IgM抗体结合能固定补体，激活补体系统导致细胞溶解。如与IgG的Fc段或补体第三部分C_3结合后，可被巨噬细胞吞噬。此型变态反应在风湿病中常见的有自身免疫性和药物性溶血性贫血、风湿热时的心肌炎、肺出血-肾炎综合征等。

（三）Ⅲ型（免疫复合物型）

此型反应由IgG或IgM介导。在自体抗原（变性IgG）或异体抗原（异体血清）刺激下产生相应的抗体（IgG或IgM）。抗原和抗体量两者比例不同，形成大小和溶解性不同的免疫复合物。抗原--抗体复合物激活补体系统，集聚血小板，引起局部或全身性炎症性反应或损害。可分为两种类型。

1. **局部性（Arthus型）反应**

如给超敏的机体皮内注射抗原。抗体量超过抗原时，形成大分子可溶性免疫复合物沉积于抗原注射部位，引起局部性红斑、水肿等炎症反应。

2. **全身性（血清病型）反应**

如给病人注射异体（马）血清，当抗原量稍超过抗体量时，形成中分子可溶性免疫复合物，不易被吞噬细胞清除。循环中可溶性免疫复合物随血流沉积于血管壁，即引起全身性反应，如发热、皮疹、淋巴结肿大和关节痛等。

大多数风湿病属于Ⅲ型变态反应，如系统性红斑狼疮、混合性结缔组织病、重叠综合征、各种硬化症、血管炎综合征、类风湿性关节炎等。

（四）Ⅳ型（迟发型）

此型反应由致敏T细胞介导。初次接触某些抗原可致敏淋巴细胞，再次接触相同抗原时，致敏T细胞释放各种淋巴因子，吸引、聚集和激活巨噬细胞，引起淋巴和单核细胞浸润、组

织炎症或坏死病变。此种反应常在1～2天后出现，呈迟发型反应。如风湿病免疫损伤的Ⅳ型反应与Ⅲ型或Ⅱ型混合发，以Ⅳ型为主的免疫损伤性疾病如风湿病时的各种皮肤反应或皮肤损害、重叠综合征时的亚急性甲状腺炎、白塞氏综合征及系统性红斑狼疮和赖特综合征时的口疮、类狼疮性肝损害等。

（五）Ⅴ型（细胞刺激型）

此型反应由IgG介导。其特点是抗体与细胞膜上抗原结合后不破坏细胞，但有刺激作用，可加强细胞的功能活动。如甲状腺功能亢进病人血液中有两种抗甲状腺细胞抗体。一种是长效甲状腺刺激因子（LATS），另一种是人甲状腺刺激素（HTS）。这两种抗体都能结合在甲状腺细胞表面的促甲状腺激素（TSH）受体上，引起细胞的分子构型改变，并可分泌过多的甲状腺素而致甲状腺功能亢进。属于Ⅴ型变态反应的风湿病较少，可见于重叠综合征、类狼疮综合征等。

（六）Ⅵ型（依赖抗体细胞毒型）

此型为抗原抗体复合物附着于靶细胞表面，或抗体与靶细胞表面抗原结合形成复合物。抗体的Fc被激活与K细胞表面的Fc受体结合。活化的K细胞杀伤靶细胞造成组织损伤。此型组织损伤在风湿病中多与其他类型变态反应混合存在，或在疾病演化过程中某一阶段起主要作用。如自身免疫性疾病转化为肿瘤时，或为慢性病毒感染持续存在时、重叠综合征时的慢性甲状腺炎也属于此型免疫反应损伤。

第三节 中医对风湿病病理的认识

一、发病机理

（一）正气虚

《素问·刺法论》曰："正气存内，邪不可干。"《素问·评热论》曰："邪之所凑，其气必虚。"《素问·百病始生》曰："风雨寒热，不得虚，邪不能独伤人，卒然逢疾风暴雨而不病者，盖无虚，故邪不能独伤人，此必因虚邪之风，与其身形，两虚相得，乃客其形。"《济生方·痹》指出："皆因体虚，腠理空虚，受风寒湿气而成痹也。"说明正气不足是疾病发生的先决条件，风湿病亦不例外。正气虚是风湿病发生的内在因素，是本。风寒湿热等邪气是风湿病发生的外在因素，是标。只有当正气虚时，外来风寒湿热之邪才可乘虚侵袭肢体关节肌肉，使经脉闭阻不通而发病。所谓正气，是指人体的抗病、防御、调节、康复能力。这些能力又是以人的气、血、精、津液等物质以及脏腑经络功能为基础的。因此，正气虚就是人体气、血、精、津液等物质不足，以及脏腑功能低下、失调的概括。现分以下几个方面简述之。

1. 营卫失调

营卫之气与人体的防御和调节功能密切相关。营卫失调是风湿病发生的重要内因之一。营行脉中，卫行脉外，阴阳相贯，气调血畅，沟通脏腑，运行不息，不但濡养四肢百骸、脏腑

经络，而且具有调节气血及卫外防御功能。《素问·痹论》曰："荣者，水谷之精气也，和调于五脏，洒陈于六腑，乃能入于脉也，故循脉上下，贯五脏，络六腑也。卫者，水谷之悍气也，其气慓疾滑利，不能入于脉也，故循皮肤之中，分肉之间，熏于肓膜，散于胸腹，逆其气则病，从其气则愈，不与风寒湿气合，故不为痹。"上述强调了营卫之气的逆调与否，与风湿病的发生有密切关系。"逆其气则病，从其气则愈"即指若营气不能附丽于血，循脉运营；卫气不顺脉外，卫外防御，就会发生各种疾病。如经恰当调治，使其和顺，疾病就可痊愈。若机体禀赋不足或素体虚弱，或长期劳损，将息失宜，里气虚馁者，则营阴不足，卫气虚弱，腠理失密，卫外不固。此时起居稍有不慎，寒温不适，则风寒湿热等外邪乘虚侵袭，凝滞气血，著着于皮肉筋脉骨甚至脏腑，从而发为风湿病。故《类证治裁·痹证》指出："……良由营卫先虚，腠理不密，风寒湿乘虚内袭，正气为邪所阻，不能宣行，因而留滞，气血凝涩，久而成痹。"

2. **气血虚弱**

《金匮要略·中风历节病脉证治》曰："少阴脉浮而弱，弱则血不足，浮则为风，风血相搏，即疼痛如掣。"《医学入门·痹风》曰："痹属风寒湿三气侵人而成，然外邪非气血虚而不入。"《圣济总录·历节风》曰："历节风者，由血气衰弱，为风寒所侵……。"上述论述说明气血虚弱是风湿病发生的一个重要因素，在其发病中起重要作用。气血为人体生命活动的重要物质基础。气血亏虚，则"气主煦之"、"血主濡之"等功能不足。机体失于气血濡养，则抗邪、防御、适应外界环境的能力必然低下，因而外邪乘虚侵袭而发病。气血虚弱易致风湿病的机理是与营卫失调分不开的。《医林绳墨》曰："大率由气血虚弱，营卫不能和通，致三气成于腠理之间……。"中医学历来把营卫与气血并称，二者在生理上相互依赖，在病理上常互为因果。《医宗金鉴》曰："卫即是气中慓悍者也，营即血中之精粹也。以其定位之体而言则曰气血，以其流行之用而言则曰营卫。"说明营卫是气血的一部分，营卫在循脉正常流行的气血中发挥着濡养、调节、御邪的功能。气血虚弱必然营卫之气不足，卫外不固，腠理疏松，抗病能力低下。此时饮食起居稍忽调摄，则风寒湿热等邪易于乘虚侵袭，或留着肌肤，或阻滞经络，或流注关节，闭阻血脉而致风湿病发生。

3. **脏腑内伤**

五脏以宁静为本，藏神为用；六腑以传化为本，通则为用。若七情妄动，饮食不节，起居无常，将息失宜，则脏腑过用越性，势必造成功能损伤，正气内虚，抗病御邪能力低下，遂使风寒湿热之邪有机可乘。《素问·痹论》曰："阳气者，静则神藏，躁则消亡。饮食自倍，肠胃乃伤。淫气喘息，痹聚在肺；淫气忧思，痹聚在心；淫气遗溺，痹聚在肾；淫气乏竭，痹聚在肝；淫气肌绝，痹聚在脾。诸痹不已，亦宜内也。""帝曰：其客于六腑者，何也？岐伯曰：此亦其饮食居处也。为其病本也。六腑也各有俞，风寒湿气中其俞，而饮食应之，循俞而入，各舍其腑也。"明代医家朱棣说："肝脾肾三经气虚，为风寒暑湿相搏，流注经络，竭日旷岁，治疗不痊，六气更变，七情不宁，必至发动。"可见，脏腑内伤是多种风湿病发生发展的重要原因。五脏在外各有所主。五脏功能失调，可以导致血脉不畅，营卫行涩，皮腠失密，卫外不固，肌肉不丰，四肢懈怠，筋爪失荣，腱膜不韧，骨髓失充，骨质不密，从内而外，抗病御邪能力低下，从而成为各种风湿病发病的内在因素。

在脏腑内伤中，以肝、脾、肾三脏亏损最为重要。因肝藏血，主筋；肾藏精，主骨；脾为气血生化之源、水谷布散之枢，主肌肉、四肢。若肝脾肾虚损，遂使气血营卫功能虚弱，肌

肉筋骨失养，御邪能力低下，而风寒湿热之邪乘虚入侵，闭阻经络气血，变生本病。《诸病源候论·风湿腰痛候》曰："劳伤肾气，经络即虚，或因卧湿当风，而风湿乘虚搏于肾经，与血气相击而腰痛，故云风湿腰痛。"《幼科金针》曰："痹者，内因肝血不充，外被寒湿所中，盖肝筋，通一身之血脉也，……久则卧床瘫疾。"《中藏经》曰："脾者肉之本，脾气已失则肉不荣，肉不荣则肌肤不滑泽，肌肉不滑泽则腠理疏，则风寒暑湿之邪易侵入，故久不治则为肉痹也。"根据"至虚之处，便为受邪之处"的理论，其发病往往直接深入其所主的筋骨肌肉，由表及里的传变，深袭其所合之脏腑。或直接犯及脏腑，引起脏腑痹或肢体痹。临床上应注意的是，虽某一脏虚弱可致痹病，但较多的是脏腑之间相互影响，共虚为痹。如《金匮要略·中风历节病脉证治》曰："寸口脉沉而弱，沉即主骨，弱即主筋、沉即为肾，弱即为肝……"的肝肾俱虚所致的历节病。

4. **阴阳失调**

《素问·阴阳应象大论》曰："阴平阳秘，精神乃治。"阴平阳秘是人体健康的象征。阴阳失调是脏腑、气血、营卫等相互失调的概括。《圣济总录》曰："……阳为气，阴为血，气为卫，血为荣，气卫血荣通贯一身，周而复会，如环无端，岂郁闭而不流哉。夫惟动静居处失其常，邪气乘间，曾不知觉，此风寒湿三气，所以杂至合而为痹。"一旦因久病大病之后或禀赋不足等因素引起阴阳失调，必然会引起脏腑、气血失调，使正气虚衰，防御和抗邪能力下降，外邪乘虚入侵，变生本病。风寒湿热侵袭人体后，由于人体禀赋素质有所差异，阴阳偏盛偏衰的情况不同，就会使本病有不同的转归。《素问·痹论》曰："痹……或寒，或热，或燥，或湿，其故何也？……其寒者，阳气少，阴气多，与病相益故寒也；其热者，阳气多，阴气少，病气胜，阳遭阴故为痹热。"据文献和临床所见，素体阳气偏盛，阴精不足，内有郁热者，感受风寒湿邪，易从阳化热而成热痹或湿热痹；阳气虚衰，阴气偏盛，寒自内生，感受风寒湿邪，多从阴化寒而成寒痹或寒湿痹。可见人体阴阳失调、禀赋素质的阴阳偏盛偏衰与风湿病的发生和寒热转归有密切关系。

（二）六淫杂感

外邪侵袭人体是风湿病发生的重要外因。外邪侵袭，一方面是指自然界四时气候的反常变化所造成对人体的致病因素，即风、寒、暑、湿、燥、火六淫之气（包括物理性刺激和细菌性微生物）侵人，同时亦指所处环境对人体的伤害，如居处湿冷、水中作业、露宿泥地、高温劳作等。外邪侵袭致痹，历代医家认识颇为一致。但《内经》偏重于风寒湿三气杂至为患，即使出现热痹，也认为是阳盛阴衰，三气从阳化热而致。《素问·痹论》曰："痹之安生？岐伯对曰：风寒湿三气杂至，合而为痹也。""所谓痹者，各以其时重感于风寒湿之气也。"但三者感受的次序和程度有先后及轻重之异，因此，痹病有"其风气胜者为行痹，寒气胜者为痛痹，湿气胜者为着痹"的分类方法。还有许多医家对"风寒湿三气杂至"提出异议，认为风寒湿三气之中，只见二气复合侵袭人体，也可成痹。如《金匮要略·痉湿暍病脉证治》的"风湿相搏，一身尽痛"论述。《中藏经·论痹》首次提出暑邪亦为致痹因素，曰："痹者，风寒暑湿之气中于人脏腑之为也。"《丹溪心法·痛风》曰："大率有……风热、风湿……"突破了《内经》关于热痹病因的论述。《痹病论治学》把痹病患者出现"涕泪俱干，唇干舌燥"者称为燥痹。总之，随着人们认识的不断深化，对痹病外邪不再局限于风寒湿三气，凡外感六淫均可致痹，就具有相互杂合侵袭的特点。

（三）痰浊瘀血

痰浊瘀血是人体受某种致病因素作用后，在疾病过程中所形成的病理产物。这些病理产物能直接或间接作用于人体，引起新的病证。痰浊瘀血在风湿病的发病中起着不可忽视的作用。《医门法律·中风》曰："风寒湿三痹之邪，每借人胸中之痰为相援。"《类证治裁·痹证》曰："必有湿痰败血瘀滞经络。"《医林改错》有"瘀血致痹"说。痰瘀对于风湿病的不同时期，有其不同的病理影响。痰瘀可先伏于体内，又可因痹而致瘀聚痰。①痹病未病之前，机体内所产生的痰瘀，其痰浊多由外感六淫，或饮食及七情内伤等，使肺、脾、肾及三焦等脏腑气化功能失常，水液代谢障碍，以致水津停滞而成。其瘀血多由气虚、气滞、血寒、血热，或由于内外伤，或其他原因造成血离经脉积存体内而成。痰浊瘀血即成，滞留局部，气血凝滞，肌肉筋脉失养，机体防御外邪功能日趋低下，以致风寒湿热之邪乘虚侵袭，与痰瘀相挟，内外相援而成痹。②痹病未病之前，体内虽无痰瘀留着，但痹病即作，日久脏腑经络功能失调，则痰瘀就成为必然。痰瘀又可作为第二病因，进一步阻闭经脉，停滞于骨骱，使痹病虚实夹杂，顽固难愈。《医学传心录·痹证寒湿与风乘》曰："风寒湿气侵人肌肤，流注经络，则津液为之不清，或变痰浊，或成瘀血，闭塞隧道，故作痛流注，或麻木不仁。"

二、传变机理

六淫外邪侵袭，每多先形成肢体痹，此时以邪实为主，正虚不甚，如能得到恰当、及时地治疗，则可邪去正复，风湿病的病理过程也就此停止。如失治误治，迁延日久，正气日虚，复感外邪，则邪盛正衰，就会出现以经络气血为枢纽的传变。其传变途径有三：一为五体间传变，即由皮肤影响肌肉血脉筋骨等。《儒门事亲》曰："皮痹不已而成肉痹，肉痹不已而成脉痹，脉痹不已而成筋痹，筋痹不已而成骨痹。"二为表里相传。《素问·痹论》曰："五脏皆有合，病久而不去者，内舍于其合也。故骨痹不已，复感于邪，内舍于肾；筋痹不已，复感于邪，内舍于肝；脉痹不已，复感于邪，内舍于心；肌痹不已，复感于邪，内舍于脾；皮痹不已，复感于邪，内舍于肺。"《三因极一病证方论·叙痹论》曰："风寒湿三气袭人经络，入于筋脉、皮肉、肌肤，久而不已，则入五脏。"由于人体脏腑表里相合，久痹不已，病邪不仅内舍五脏，同样可以内侵六腑。《素问·痹论》曰："六腑亦各有俞，风寒湿气中其俞，而饮食应之，循俞而入，各舍其府也。"三为脏腑间传变。《素问·玉机真藏论》曰："肺痹，发咳上气。弗治，肺即传而行之肝，名曰肝痹。"以上传变，为病邪由浅入深，由轻转重，迁延难愈，治疗渐难，甚则预后不良。

三、病理改变

风湿病的病理改变是在"虚"、"邪"、"痰瘀"等因素相互作用下所引起的。在其病理过程中，不但"不通"和"不荣"贯穿始终，而且在各个病理阶段中主次不同。掌握"不通"、"不荣"的病理机制，对风湿病的诊治有重要指导意义。

（一）风湿病始发，“不通”为其主要病理环节

“不通”是指经脉气血运行不畅，甚则闭阻不通。不通之因为六淫之邪侵袭，或痰浊瘀血所致。风为六淫之首，“百病之长”，属阳邪，其侵及肌表经络，扰乱经气，致经气盛满，壅而不通。如《灵枢·经脉篇》曰：“气盛有余，则肩背痛。”寒为阴邪，其性收引。《素问·八正神明篇》曰：“天寒曰阴，则人血凝泣而卫气沉。”《素问·举痛论》曰：“经脉流行不止，环周不休，寒气人经而稽迟，泣而不行，客于脉外则血少，客于脉中则气不通。”说明寒邪侵及经脉易致气血瘀滞不通。湿性重浊粘滞，其性属阴，为有形之阴邪，易阻遏气机，伤人阳气，其侵及经络，流注关节骨骱，易阻滞气血运行，日久可蕴结痰瘀，导致关节畸形、僵硬。暑湿之气侵淫经络，亦可使气血闭阻不通。《临证指南医案·卷七·痹》曰：“有暑伤气，湿热人络而为痹者。”火热为阳盛之邪，其充斥经络，一则灼伤津血，炼津为痰；二则血受熏灼，津亏不能载血而致凝结瘀塞，使痰瘀闭塞经脉而不通。更况风湿病多邪气杂合。若内有痰浊瘀血停滞，则使经络气血更为不通。故风湿病初起，“不通”为主要病理环节。

（二）风湿病即病之后，病情进一步发展，则“不通”、“不荣”并重

风湿病即得，风寒湿热等邪充斥经络，邪正交争，病情发展，致痰浊瘀血内生，进一步加重“不通。”《灵枢·周痹》曰：“风寒湿气客于分肉之间，迫切而为沫，沫得寒则聚，聚则排分肉而分裂也，分裂则痛。”《格至余论·痛风》曰：“大率因血得热，已自沸腾，其后或泼冷水，或立湿地，或扇取风，或卧当风，寒冷外搏，热血则寒，汗浊凝涩。”痰瘀即成，相互交阻，又作为新的致病因素，作用于机体，阻滞经络，使气血闭阻而“不通”更甚。同时，即病之后，邪正交争，一则邪气直接损伤气血津液，如风为阳邪，其性开泄，伤人则易致汗出而耗气伤津；寒为阴邪，易伤阳气；湿胜易伤脾胃，阻遏阳气，使气血生化乏源，阳气难展；热盛更易耗气、伤津、动血。二则邪每侵及肌肉筋骨，进而又必累及其所主，影响脏腑功能，导致气、血、津液进一步亏损。三则痰浊瘀血内阻，气血失运。上述诸因素使皮肉筋脉骨失于温煦濡养，出现肌肤干燥、面色萎黄、身体消瘦、肢体酸软无力、肌肉萎缩、局部欠温等“不荣”现象。故风湿病即病，病情发展，“不通”、“不荣”并重。

（三）风湿病病久，“不荣”为主

风湿病多病程长久，迁延难愈。病久不已，虽可使痰瘀凝结，形成顽痰死血，深人筋骨，阻塞经络而致骨节肿大、疼痛、肿胀、重着等，但主要是正气虚衰，精气血津液亏损，皮肉筋脉骨及脏腑组织失于濡润荣养，使“不荣”现象较“不通”现象更为突出。临床可见病人对气候、环境变化反应敏感，肌肉关节酸痛无力，时轻时重，动则加剧；或见筋惕肉瞤，肢体麻木，面色㿠白无华，心悸气短，自汗，食少便溏；或腰膝酸软，头晕耳鸣，关节屈伸不利，甚则痿废。

总之，风湿病是在虚、邪、痰、瘀诸因素作用下，使皮肉筋脉骨甚则脏腑的气血痹阻，失于濡养，形成“不通”、“不荣”的病理改变。初起以“不通”为主，继之“不通”、“不荣”并重，久则以“不荣”为主。病位初起在肢体皮肉经络，久则深人筋骨，甚则客舍脏腑。上述仅就一般而言，临床之际，务必详审细察，不可执一拘泥。

四、常见症状病理分析

（一）疼痛

疼痛的病理关键不外乎“不通”、“不荣”两方面。“不通”主要由外邪或痰瘀凝结，阻滞经络，气血不得行散所致。“不通”可引起疼痛，《医学发明》首先提出“不通则痛”。疼痛性质不同，其“不通”机理亦不同。风入经络，气血逆乱“不通”则为走窜痛；寒客经络，气血收引凝结“不通”则为冷痛；湿滞经络，经气流行“不通”则为下肢重着酸痛；暑热袭人，熏灼经脉，鼓迫气血，经气壅塞不通则为热痛；痰浊阻滞则为沉重肿痛；瘀血阻滞则为刺痛。“不通则痛”，此多属实证，痛必拒按，以胀痛、掣痛、刺痛为主。“不荣”亦可引起疼痛。《素问·举痛论》曰：“阴气竭，阳气入末，故卒然而痛。”《灵枢·阴阳二十五人》说：“血气皆少，则喜转筋，踵下痛。”“不荣则痛”可因阴阳、气血、机体组织之不同，而表现出不同的临床兼证。但总以隐痛、钝痛、酸痛、痛处喜按为主，多见于风湿病的中后期。“不通”、“不荣”在病理变化中往往夹杂出现，相互影响，“不通”则引起局部“不荣”，“不荣”又引起局部“不通”，使疼痛经久不愈。临床中应具体情况，具体分析，详察细审，认真辨识。

（二）麻木

“麻”是感觉异常，即非痒非痛。肌肉之内，如千万小虫乱行，或“遍身淫淫，如虫行有声之状，按之不止，搔之愈甚，有如麻之状”。“木”是肌肤感觉若失，“木不痒不痛，自己肌肉如入肌肉，按之不知，掐之不觉，有如木之厚”。风湿病出现麻木的病理机制为：①气虚失运。气虚则血行无力，经脉肌肉失养而致。②血虚不荣。血虚则经脉空虚，无以荣养皮肉筋脉，以致经隧凝涩而作。③风寒湿痹阻。风寒湿客于肌表经络，气血受阻，肌肉筋脉失荣。④痰瘀阻滞。痰瘀留于经隧、关节、肌肉，阻遏气血而成。《张氏医通》曰：“麻则属痰、属虚，木则全属湿痰死血。”

（三）重着

重着是指病人自觉肢体沉重、酸困不适，其举动艰难，活动不便，如负重物。引起肢体重着的原因，主要责之湿胜、肾虚两端。因于湿者有外湿、内湿之分。外湿由涉水淋雨，或感受雾露之气，居处潮湿之地，湿侵肌肤而得；内湿由脾失健运，津液失布，滞留局部而致。湿性重浊粘腻，痹阻肢体经络，则肢体重着。临床多伴头重如裹、身痛、发热恶寒等症。肾虚者，多因肾精亏虚，骨失髓养，支撑无力，而自觉肢体沉重。《素问·痹论》曰：“痹在于骨则重。”临床以腰膝重困为主，多伴头晕、耳鸣、腰膝酸软无力等。

（四）关节肿胀、变形

津液有滋润和濡养的生理功能。渗入关节中的津液，对关节的屈伸起润滑作用。气血和津液有密切关系。气能生津、行津，津能载气。血和津液，来源相同，功能相似，二者能相互渗透转化。气、血、津液三者相互协调，共同对关节起着湿煦、滋润和濡养作用。《灵枢·本藏》曰：“经脉者，所以行血气而营阴阳，濡筋骨利关节者也。是故血和则经脉流利，营复

阴阳，筋骨劲强，关节清利矣。”《灵枢·决气篇》曰：“谷入气满，淖泽注于骨，骨属屈伸，泄泽补益脑髓。”当外邪侵袭关节，阻滞经脉气血，生理之津液凝聚而变为痰瘀；或脾虚生湿生痰，痰瘀下流关节，使之关节肿胀粗大，或红肿热痛，或漫肿肤色不变。若痰浊瘀血久积不去，则出现关节僵硬变形。恶血不去，新血不生，营养不及肌肉，久之肌肉萎缩，形成“鹤膝”。如类风湿性关节炎晚期出现关节僵硬、肿大、变形，原因即此。

（五）屈伸不利

屈伸不利是指肢体屈伸不灵活，活动受限而言。《内经》称之为“拘急”、“筋挛”等。

正常的屈伸运动是筋、骨（包括关节）、肌肉协调作用。病及筋、骨与关节时多屈伸不利，如急性风湿性关节炎或慢性风湿性关节炎急性发作时的关节肿胀、类风湿性关节炎的关节畸形等均可出现屈不得伸、步履艰难的表现。风湿病中出现肢体屈伸不利多为正气不足，风寒湿热等邪侵及于筋。《诸病源候论·风四肢拘挛不得屈伸候》曰：“此由体虚，腠理开，风邪在于筋故也。春遇痹为筋痹，则筋屈。邪客关机，则使筋挛。邪客于足太阳之络，令人肩背拘急也。足厥阴肝之经也，肝通主诸筋，王在春，其经络虚；遇风邪则伤于筋，使四肢拘挛，不得屈伸。”外感风寒者，多伴发热，恶风寒，有汗或无汗，头身痛，苔薄白而润，脉浮紧。寒湿蕴结者，首如裹，四肢困重，脘闷纳呆，骨节、肌肉重着酸痛，舌淡胖，苔白腻，脉沉迟。湿热浸淫者，多伴身热肢困，头重如裹，脘闷纳呆，泛恶欲吐，手足心热，小溲色黄，大便粘滞不爽，舌质红胖大，苔黄腻，脉滑数。肝血亏虚者，多伴目视昏花，头晕耳鸣，肌肤麻木，筋惕肉润，指甲淡白，舌质淡，脉弦细。

（六）皮肤顽厚变色

皮肤顽厚变色是指局部或全身皮肤麻木增厚或变色的表现。在风湿病中常见于硬皮病。皮肤顽厚变色的病理多为津液气血异常变化的结果。津液随阳气外达于皮肤。《灵枢·决气篇》曰：“腠理发泄，汗出臻臻，是谓津。”布散于肌肤的津液，具有滋养肌肤、毛发的作用，使肌肤丰润，毛发光泽。外邪侵袭皮肤，腠理闭塞，津聚于皮肤，不能外达而形成水肿，皮肤增厚；积久气血不通，而生痰瘀，皮肤变硬、变色，或黄或紫或黑。硬皮病的病理过程与上述中医认识相一致。初期皮肤水肿，皮色为正常或苍白色。经数周即进入硬化期，颜色亦随之加深，呈棕色或棕褐色，甚至黑色。

第五章　风湿病的诊断

第一节　西医诊法

一、病史收集

病史收集必须全面了解病史，详细询问风湿病的特殊表现。风湿病的临床表现多种多样，其共性且常见的表现有以下几个方面。

1. **发热**

多数风湿病在病程的不同时期，有不同程度的发热。要询问热型、程度、伴随症状及如何缓解等。如风湿热、系统性红斑狼疮、多动脉炎、皮肌炎等，在急性期多以高热为初发症状及主要症状。而另一些风湿病的发热多伴关节肿痛或肝、脾、淋巴结肿大等。不同的风湿病其发热特征不同，如系统性红斑狼疮本身疾病恶化时的发热一般在38.5～39℃，不超过39.5℃，发热多呈不规则性，在趋于慢性期时多呈反复低热。类风湿性关节炎、硬化症、混合性结缔组织病、重叠综合征的发热一般呈中度。发热时有显著寒战。战栗是体内有大量抗原（包括细菌释出的）抗体反应。如发热前虽有寒冷感，但无战栗，常示有少量抗原，应注意与风湿病本身发热鉴别。风湿病发热的同时会出现某些体征，如皮疹、关节痛、心包渗液征、胸膜渗液征、下肢浮肿、指趾硬化等。这些体征往往是一个疾病的各方面表现，应与发热同时考虑。然而有时发热与阳性体征不相关或无密切关系。前者如类风湿性关节炎、风湿热、银屑病性关节炎、皮肌炎等，发热高时关节及皮肤病损明显，而发热消退时皮疹和关节肿痛症状也减轻。后者如系统性红斑狼疮的肺部间质性炎症或病变，可以是原来即存在的表现，而发热的同时常有气急现象。此时发热往往是某些药物引起的药物热，并非肺部间质炎症引起的发热。

2. **关节症状**

关节痛是风湿病的一种最常见症状，表现为自发性疼痛、运动痛和有压痛。急性关节病变多表现为急性关节痛，局部皮肤常有肿胀、潮红、发热和运动受限等。慢性关节病变病程长，常迁延数月、数年，甚至终生。表现为关节肿痛畸形，有不同程度的关节功能障碍。询问病史应注意起病缓急，关节病是单发还是多发，病程长短，关节痛是持续性还是间歇性，发病与季节的关系，以及对治疗的反应等。临床上以风湿性关节炎、强直性脊柱炎、类风湿性关节炎等关节症状最为明显。风湿性关节炎多为膝、踝、肩、肘、腕等大关节受累，疼痛呈游走性。强直性脊柱炎最早为腰骶部痛，以后可累及腰、胸、颈椎，出现胸背疼痛、头部转动受限；脊柱可完全强直、僵硬，颈项前倾，胸段脊柱后突，腰段脊柱失去正常生理弯曲而变平，躯干在髋关节处屈曲、前弯而呈弓形。类风湿性关节炎以手足小关节炎为特征，典型

表现为从手、足小关节，尤其是近端指关节开始发生疼痛、肿胀，并形成对称性梭形指，继而累及掌指、腕、肘、踝、膝、髋关节等。初发时呈游走性，可逐渐变为慢性固定性。关节炎症反复发作可发生关节畸形与关节强直。

3. **皮肤症状**

风湿病中有很多疾病在病变过程中，可出现红斑、紫癜、丘疹、风团、出血点、结节、溃疡、硬化等各种各样的皮损。有的皮损应从病史中追问，有的则需对病人作体格检查才能发现。皮损有的有特征性，也有的无特征性。问诊时应注意皮损的形态、色泽、持续时间、伴随症状、部位、诱发因素等。

系统性红斑狼疮：本病的各个时期均可有皮肤病损。皮损可在关节症状出现前后或同时发生，也可在其他临床征象前后或同时出现。典型者为具有鳞屑的对称性面颊鼻梁部蝶形红斑，鳞屑呈白色，剥去鳞片可见毛囊孔扩大，鳞片内侧有银白色地毯钉样角质栓突起。皮损可在颈、四肢和躯干上部呈对称性出现。皮损可为慢性或一过性或短期仅持续数日。慢性皮损呈萎缩、瘢痕。特征性红斑皮损发生于手指的甲沟部位，皮损扩散可至手掌形成掌红斑。本病约有半数病例在整个病程中可不出现皮肤症状，或仅在后期出现。

系统性硬化症：本病表现为面部、前胸部、手背等处有皮肤硬化。早期表现为无痛性浮肿，其持续时间不定，并逐步为皮肤的绷紧和增厚代替，随着初起水肿期皮肤变菲薄而可发亮。由于组织硬化，正常皮纹消失，可出现假面具面容，还常见广泛性色素沉着，其中夹有瘀点状白癜风区。在唇、舌、面、指可见毛细血管扩张，在手指和骨隆起及皮下钙化处有溃疡和感染。

皮肌炎：最具特征性的皮损为因眼睑水肿及毛细血管扩张所致的浅紫色眼睑，称之为“紫色眼睑”。但面部皮疹也可类似红斑狼疮的蝶形表现，且多向前额、颈部、上胸和背部扩展。四肢的皮损常累及肘、膝、踝的伸侧或外侧面，类似面颈部皮损，呈紫红斑点状，微高于皮面，稍有结痂。手指甲床部可见充血。

风湿热：风湿热最有诊断意义的是环形红斑，约占 3～5%。环形红斑为非瘙痒性淡红斑，易消退，见于四肢和躯干，而面部不发生，病灶向四周扩展而中心皮肤渐回复正常，形成轮形。皮下结节也是风湿热的特征性皮损，约占 15%。结节可从数毫米至 1～2 厘米，常位于病变关节区及某些骨骼突出处，如鹰嘴、茎突、前臂、小腿、踝部及枕部等。结节坚硬，无痛或稍有压痛，与皮肤不粘连，但与皮下组织相连。风湿热病情缓解后，皮疹可消失而不留痕迹。结节与类风湿性关节炎发生的结节可鉴别。风湿热结节常在鹰嘴突隆突部，而类风湿性关节炎结节在鹰嘴突下。前者持续时间短，很少超过 3～4 周。

类风湿性关节炎：本病的诊断依赖关节表现，但皮下结节也为重要依据。结节可深入至结缔组织深层。如腱鞘和滑膜周围的易损伤区好发；如鹰嘴突下、坐骨结节、跟腱及背部肩胛区，严重者手足均可见结节。类风湿性关节炎的其他皮肤表现有继发血管炎的病损，即指甲床下的梗死病灶及皮肤紫癜。此种病灶应与长期应用皮质激素治疗本病后的紫癜或瘀斑区别。

结节性多动脉炎：本病皮损呈多形性，各种类型可同时发生。常见紫癜皮疹，还可有结节、小疱及大疱疹、荨麻疹、网状青斑、坏疽。指趾甲下小的栓塞坏死病损常见，类似亚急性细菌性心内膜炎所见的裂片状出血。

4. **一般病史询问**

询问时应注意以下几点：①疾病进展按年依次出现的情况或形式；②受累关节分布情况；

③引起症状和体征的相应解剖结构变化；④关节外病变累及的形式；⑤炎症或其他病变过程的活动程度；⑥功能损害的程度。如涉及关节病应注意：关节本身情况，如疼痛、僵直、畸形、功能丧失等；关节外情况，如全身状态或病况、局部器官或脏器累及状况。此外，系统回顾与风湿病有关的病史，对诊断有重要意义。如以前有过结膜炎、虹膜炎、外层巩膜炎，并有持续眼干燥和口腔干燥，则有干燥综合征的可能。吞咽困难或障碍是食道功能不良，可见于皮肌炎、硬化症、混合性结缔组织病等。如有结肠炎症状则是诊断肠病性关节炎的线索，或为溃疡性结肠炎合并关节炎。除上述几方面外，还应询问似与本类疾病无关的病史，包括结核病史、创伤史、手术史等。过去曾作过的检查如放射线片、B 型超声波、CT 等资料也不能忽略。许多风湿病与情绪激动、外伤等因素有关。如类风湿性关节炎可能由轻微或严重外伤而促发；爱人死亡、职业变化或迁居等生活刺激也可促发。受感情影响的疾病有系统性红斑狼疮、肠病性关节炎等。风湿热的发病往往先有链球菌感染史。询问药物应用史也很重要。许多药物与风湿病发病有关。青霉素、四环素等抗生素，磺胺类药和过量的维生素 A，可使原先存在的疾病加重；抗惊厥药、盐酸肼苯哒嗪、普鲁卡因酰胺、甲基多巴、金制剂和口服避孕药等，长期服用可引起药物性狼疮综合征。许多血管炎是由过敏引起的；有些则是由于药物所诱发，如青霉素、碘化物、抗甲状腺药物、磺胺类药、砷剂、人血清、雌激素和苯妥英钠等。接触氯乙烯的病人可以发生肢端骨质溶解症，与硬皮病非常相似。

某些风湿病有遗传基础。询问家族性某些疾病发病倾向史，可提供重要的诊断资料，或是添加一些推理材料。如有遗传性家族史的风湿病可能有系统性红斑狼疮、强直性脊柱炎、远端指间骨关节炎等。

二、体格检查

结缔组织遍布全身，并布及许多脏器或组织。因此，对病人应从皮肤粘膜、肌肉、骨骼到内脏器官，一一仔细检查，这是正确诊断所必不可少的。临床上，不但风湿病本身可表现为全身各系统的征象，而且全身各系统疾病应与风湿病作鉴别。同时风湿病又可合并或继发各系统疾病。所以，在进行体格检查时，既要特别注意与风湿病关系密切的体征，又要联系各系统征象与风湿病特殊表现之间的相互关系。对风湿病患者体格检查时的注意点列表如下(表 1—5—1)。

表 1—5—1 风湿病患者的体检注意点

一般状态：	1. 精神、情绪、面部表情、对事物的反应状态	
	2. 进入检察室的步态、功能、姿势、行动灵活程度	
	3. 对病史询问时的反应、态度	
	4. 全身状态，包括营养、气质等	
	5. 准备作体格检查的能力	
全身各系统：	1. 皮肤毛发和淋巴结系统（表浅）	
	2. 头部各器官，包括眼、口腔、鼻、耳轮等	
	3. 颈部，包括甲状腺	
	4. 腹部，包括肝、脾及有无腹水、腹块等	
	5. 胸部，包括心、肺及横膈	
	6. 神经系统检查	
四肢和脊柱：	1. 进行逐个检查	2. 活动运动状况
	3. 简单的功能试验	4. 触诊
	5. 被动运动状况	
出现病状的评价：	1. 全身或系统疾病	2. 关节局部，包括关节周围
	3. 关节病变分布类型	4. 功能损伤情况
关节肌肉病变检查注意事项：	1. 触痛，关节本身（包括肌肉）或关节周围	
	2. 活动时疼痛状况	
	3. 运动减轻时状况	
	4. 关节对称不稳定状态	
	5. 活动或运动时关节捻发音	
	6. 炎症的征象，即热，红，肿胀征象	
	7. 骨、肌肉、软组织肥大、萎缩状态	
	8. 功能损害或障碍	

三、实验室及其他检查

1. 实验室检查

（1）血沉（ESR）：在风湿病活动期，多数有血沉增快，如类风湿性关节炎、系统性红斑狼疮、皮肌炎、风湿热、大动脉炎等。在类风湿性关节炎中，血沉虽可作为病情活动或炎症程度的粗略指标，然而在炎症消退时由于血球蛋白持续增高（如类风湿因子），故血沉仍增快。经常测血沉配合其他检查可将类风湿性关节炎与骨关节炎及其他非炎症性肌肉骨骼疾患（如纤维织炎）区别。风湿热活动期血沉增快，然而仅有舞蹈病时可正常。系统性红斑狼疮血沉常显著增快，然而病情缓解后血沉仍可增快，此因血中异常球蛋白影响所致。多动脉炎、皮肌炎的血沉常随病情和药物应用而变化。

（2）C-反应蛋白（CRP）：CRP 试验类似 ESR，是非特异性炎症指标。CRP 是炎症急性期蛋白，在各种炎症刺激后，它在数小时内急剧升高。它升高也反映炎症的程度和组织损伤的范围。在风湿病的炎症反映中，它对风湿热的活动最敏感，在类风湿性关节炎患者 CRP 并不比 ESR 有价值。CRP 在风湿病诊断治疗中有一定监测意义。如在类风湿性关节炎时，CRP 正

常多示无破坏性病变；在系统性红斑狼疮本身活动发热时，CRP 仅中度增高，即使病情恶化也如此，但如 CRP 大于 60mg/L，常示合并感染；如急性风湿热经治疗后临床缓解，但 CRP 仍增高，可能是实验室指标反跳所出现的暂时现象，可无需治疗。

（3）类风湿因子（RF）：类风湿因子是由感染原引起的体内以变性 IgG 作为抗原的一种抗体，称为抗球蛋白或抗体。其活性与其构成成分的 3 种免疫球蛋白有关，可分为 IgA、IgG、IgM 型。结合点均在变性 IgG 的重链 Fc 段上。类风湿因子无种族特异性。由于 IgM 型类风湿因子具有高凝集特点，易于测定；故标准试验主要是测定 IgM 型的类风湿因子。IgM 型 RF 是一种巨球蛋白，分子量为 100 万左右，沉降系数（S）为 19，若与 IgG 结合成溶解的免疫复合物，则沉降系数（S）为 22。检查类风湿因子，主要是利用它与血内 IgG 相结合的特征，临床常用的方法有 3 种：①乳胶凝集试验。凝集的血清效价在 1∶20 以上者为阳性；②致敏羊红细胞试验。凝集的血清效价在 1∶16 以上为阳性；③曙红乳胶法。类风湿性关节炎病人 70～90% RF 阳性，但 RF 阳性并非类风湿性关节炎诊断的绝对指标。在其新近发作开始时，RF 可在血和关节液中均阴性，但以后转为阳性。如发作一开始 RF 阳性，则随疾病活动而持续阳性。类风湿性关节炎伴有皮下结节则 RF 凝集试验常阳性且呈高滴度。高滴度 RF 可见于类风湿性关节炎合并坏死性血管炎及合并周围神经病变或肠系膜动脉炎。一般 RF 的滴度多与类风湿性关节炎疾病的严重性相平行。类风湿性关节炎关节液中的 RF 约 70～80% 阳性。RF 阳性患者仅一小部分随疾病缓解转阴，大部分持续阳性。其他风湿病的 RF 阳性率：干燥综合征为 50～98%，系统性红斑狼疮为 28.9%，系统性硬化症为 49～60%，幼年型类风湿性关节炎为 2～33%。多动脉炎、多发性肌炎、皮肌炎者 RF 阳性少见。在正常人中约有 1～5%RF 呈阳性，但均为低滴度。

（4）抗核抗体（ANA）：亦称抗核因子（ANF），是指一类抗各种核巨分子蛋白或成分的抗体。它是一种自身抗体。由于它们直接抗正常所有核细胞中的成分，所以一般缺乏组织或种属特异性，故对于不同来源的核呈交叉反应。它们存在于血清中，也存在于其他体液如胸水和尿液中，并可通过胎盘。近年来认为它可能是由于免疫稳定功能失调、禁株细胞再现或免疫识别功能紊乱等原因所引起。由于它常见于自身免疫性疾病，因而被认为是一种重要的自身免疫性标志。

在系统性红斑狼疮病人，ANA 的检出率几乎可达 100%。未经治疗的活动期病人血清效价较高，病情缓解时则降低，但完全消失者极少。干燥综合征可达 68%，系统性硬化症可达 40%，类风湿性关节炎可达 20%，动脉炎可达 33%，皮肌炎可达 40%，混合性结缔组织病可达 95%。一般抗体效价越高，对系统性红斑狼疮的诊断价值越大，通常在 1∶64 以上（间接荧光法），而其他疾患却在 1∶64 以下。ANA 的分类及诊断意义见表（1—5—2）。

表 1—5—2 抗核抗体分类及诊断意义

抗体分类	根据对应特异抗原分类	有关疾病
DNA 抗体	双链 DNA 抗体(ds-DNA 抗体)	对系统性红斑狼疮具有较高的特异性,但敏感性低,一般在临床症状出现前滴定度即上升,对系统性红斑狼疮有诊断意义,其他风湿病即使有滴定度,也是较低的。
	双链 DNA 单链 DNA 双抗体	在系统性红斑狼疮活动期为高频率高值,有诊断意义,但也有低值阳性的病例,其他风湿病也可出现。
	单链 DNA 抗体(ss-DNA 抗体)	风湿病和非风湿病都有阳性病例,特异性差。
核蛋白抗体	脱氧核糖核蛋白抗体(DNP 抗体)	敏感性强,特异性差,在狼疮细胞阳性病例中存在,为狼疮细胞形成的抗体,在其他风湿病及老年人中也常有阳性发现。
	组蛋白抗体	系统性红斑狼疮 22.2%存在组蛋白抗体。组蛋白抗体能同可溶性核蛋白抗体呈交叉反应。在组蛋白重建中,可组合形成 DNA-组蛋白复合物,这种抗体同疾病活动无关,用皮质激素治疗可使其迅速消失。最近发现由药物诱导的狼疮,有组蛋白抗体发展的特殊倾向,提示不同类型的 ANA 与系统性红斑狼疮亚型的存在有相关意义。
	非组蛋白核蛋白抗体(酸性核蛋白抗体)	为可提取的核抗原(ENA)对 Sm(RNase 不敏感成分)反应的抗体。对系统性红斑狼疮的诊断,具有较高的特异性。
	Sm 抗体	
核蛋白抗体	核糖核蛋白抗体(RNP 抗体、Mo 抗体)	为 RNase 可消化的成分,是对 ENA 进行反应的抗体。单独高值为 MCTD 的诊断依据之一。但系统性红斑狼疮、系统性硬化症也有阳性病例。检出该抗体常有肾炎发病率低和预后良好的倾向。
	SS-A 抗体(RO 抗体)	对干燥综合征诊断有特异性,但低值时系统性红斑狼疮也可呈阳性。
	SS-B 抗体(La 抗体、Ha 抗体)	对干燥综合征的诊断特异性较高,比 SS-A 抗体阳性率低,但也有系统性红斑狼疮阳性病例。
	Og 抗体(Scl-1 抗体)	对系统性硬化症的诊断有特异性,与硬皮病的关系是不明确的。
	Ne 抗体(PCNA 抗体)	为系统性红斑狼疮病人血清中见到的一种少见抗体,临床意义不明。
	Ki 抗体	在系统性红斑狼疮、重叠综合征中可见到,但临床意义不明。
	Mi 抗体(PM-1 抗体)	对皮肌炎有特异性,在系统性红斑狼疮中没有查到。
	RANA 抗体	类风湿性关节炎、干燥综合征伴类风湿性关节炎时检出率高。
核仁抗体	低分子(4～6S)RNA 抗体	在系统性红斑狼疮、系统性硬化症阳性率较高,其他风湿病阳性率较低。
	核内核蛋白抗体(Mu 抗体)	
	对其他核仁成分的抗体	

注:特异抗原在细胞质中也存在

SS-A. 干燥综合征 A；SS-B. 干燥综合征 B；

Scl-1. 硬皮病-1；PCNA. 增生性细胞核抗原；

PM-1. 多发性肌炎-1；RANA. 类风湿性关节炎伴有核抗原；

Sm、Mo、La、Og、Ne、Ki、Mi、Mu 均为标准血清病人开头两个字母命名的抗体。

(5)狼疮细胞(LE 细胞)：本项检查用于诊断系统性红斑狼疮及其他有关疾病。LE 细胞的现象是不可溶性 DNP 的特异性 IgG 抗体作用于损伤的白细胞，使其核匀质化为匀圆体，后者再被有吞噬活力的白细胞吞噬。吞噬后本身的核被挤在一边，形成 LE 细胞。系统性红斑狼疮病人约有 41～91.8%可查到狼疮细胞，是诊断系统性红斑狼疮较具有特异性的实验室检查。活动期阳性率高，静止期或应用激素等药物控制缓解的病人则阳性率低。在血浆、骨髓或浆膜腔积液中反复多次检查，可提高其检出的阳性率。但狼疮细胞阴性并不能排除诊断。其他如类风湿性关节炎、系统性硬皮病、皮肌炎、干燥综合征、混合性结缔组织病等也可出现阳性。

(6)免疫复合物(IC)：机体在免疫应答过程中，常发生抗原及相应抗体的结合，形成抗原抗体复合物，称为免疫复合物(IC)。由 IC 所引起的疾病，称为免疫复合物病(ICD)。正常情况下，IC 形成是一种生理性防御机能，外来抗原被相应抗体结合后，有利于吞噬。通常由单核一吞噬细胞系统清除。如因某种原因，而不能迅速被清除，则 IC 在局部沉积，激活补体，吸引中性粒细胞聚集，从而引起一系列的组织损伤，导致疾病的发生，即为免疫复合物病。目前可对许多疾病测定 IC，如黄铭新等报告用聚乙烯二醇(PEG)沉淀试验，其检出率为 39.58%，抗补体活性试验为 48.48%。Moutsopoulos 等报告干燥综合征的检出率为 86%。

(7)人血清总补体(CH_{50})测定：补体是广泛分布于血清中的一种非特异性免疫物质。以 50%溶血度作为终点观察指标，测定人血清中的总补体量，其正常值为 80～160 单位。系统性红斑狼疮活动期，特别是伴有狼疮性肾炎者，常有明显的血清补体下降，有时甚至可为零。补体的各种成分 C_{1q}、C_2、C_3、C_4 均可下降，尤以 C_3 下降为著。严重的活动性类风湿性关节炎、干燥综合征等也可有补体下降。皮肌炎、硬皮病、多动脉炎、风湿热等多在正常范围或稍有升高。白塞氏病在病情活动期补体可升高。

(8)人血清补体 C_3 蛋白含量测定：人补体 C_3 为 β_1-球蛋白，由肝脏合成，在正常血清中，其浓度很高(60～168mg%，均值为 120mg%)。在补体参与的免疫反应中，C_3 起着重要作用。测定人体血清中补体 C_3 蛋白含量及其变动情况，有助于对免疫性风湿病的诊断和观察病情与疗效。系统性红斑狼疮累及肾脏者，多数血清补体较低，其中 C_3 降低较 CH_{50} 更为显著，因此 C_3 水平也是了解狼疮性肾炎活动的最好指标。类风湿性关节炎、干燥综合征等，也可有 C_3 蛋白降低。

(9)抗链球菌溶血素"O"试验(ASO)：此试验是证明链球菌先驱感染的有代表性的反应，一般在 500 单位以上为阳性。ASO 阳性除可见于风湿热外，还可见于类风湿性关节炎、大动脉炎、白塞氏病等。

2. X 线检查

风湿病的基本病理改变为炎性坏死、类纤维蛋白变性、成纤维细胞增生和结缔组织基质粘液样水肿。由于结缔组织广泛分布于全身各处，在疾病的不同时期可侵犯不同的器官，如皮肤、关节、心脏、肺、消化道、大血管、肾脏、脑等，因而可出现各种各样的临床症状。

风湿病侵犯的器官较多，而且在不同的病理过程时，各器官的改变也不相同，因而需要应用不同的 X 线检查方法进行检查，如骨骼和关节摄片、胸部透视和摄片、血管造影、消化道钡

餐造影等。根据风湿病累及的部位与X线特征，有助于对风湿病的诊断和鉴别诊断。

(1)风湿热：风湿热可累及全身各器官，但以心脏、血管、浆膜、关节等处改变最为显著。在风湿性心脏病活动期时，炎症可累及心肌、心内膜及心包；慢性期时，90%以上的病例系由心内膜炎侵及瓣膜，引起瓣膜口狭窄及关闭不全，其中以二尖瓣最易受累，形成左心房明显增大，左心室及右心室相应增大，肺动脉膨出，肺门明显郁血等X线征象。风湿性肺炎的X线表现为肺门阴影增大，肺纹理增粗，两侧肺野有边缘模糊、大小不一，有节段性，有大叶性，亦有弥漫性的片状阴影。可相互融合，愈近肺门，愈为明显，可呈蝶翼状。病变起势快，吸收亦快。风湿热累及关节时，不一定有阳性X线征象；如有改变亦仅是关节周围软组织肿胀，关节附近骨质疏松。有时风湿性心脏病患者的手郁X线表现与类风湿性关节炎相仿，容易出现掌骨头的桡侧受侵而形成钩状畸形。

(2)类风湿性关节炎：早期X线表现，一般在起病后3个月方始出现，其征象为：①关节周围软组织肿胀，呈梭形、对称性，系关节积液、滑膜增生、肌腱肥厚及关节周围水肿所致。以掌指及近端指间关节软组织肿胀最有诊断价值。②关节间隙有先增宽后变狭的改变。病变开始时关节积液可导致关节间隙增宽，以后由于滑膜血管翳对关节软骨的侵蚀、破坏引起关节间隙狭窄。此种表现无特征性，早期以手、足小关节为主。③骨质稀疏、糜烂、破坏及骨膜增生。骨质改变为骨皮质的一致性脱钙、变薄、糜烂及其在关节囊附近的破坏，尤其是2、3掌骨桡侧骨皮质边缘线消失。此外，在肌腱及韧带附着处有羽毛状骨膜反应或趾骨干上层次状的骨膜反应。此种骨膜反应多见于青少年患者。类风湿性关节炎的晚期表现：①软组织肿胀消失后形成肌肉萎缩和收缩。②关节软骨破坏殆尽，使关节狭窄显著。③血管翳骨化造成关节脱臼及畸形。类风湿性关节炎肺部X线表现：①两肺广泛网状索条状阴影中间夹杂有小点状致密阴影。②肺内结节状阴影，结节影数毫米大小，单发或多发，肉芽肿中可见空洞及纤维化收缩，或钙化。③两侧肺底部胸腔渗出性积液，可长期存在。

(3)强直性脊柱炎：X线表现为：双侧骶髂关节早期即受累，关节面模糊，间隙增宽，边缘呈锯齿状侵蚀糜烂，关节面下骨质吸收疏松，邻近海绵骨变硬，以后关节间隙渐渐有纤细骨性增生，并趋于融合。

由于肉芽组织的作用，在早期椎体上下缘即出现局限性骨破坏，此种破坏修复快不易察觉。脊柱疏松明显但无变形改变，椎间隙正常或略窄，椎弓关节炎，前纵韧带骨化，生理弧度改变，继而累及后纵韧带、黄韧带、棘上韧带、棘间韧带及椎肋韧带。当椎间盘纤维环骨化，椎体之间又有骨桥形成时，则脊椎酷似竹节，故称"竹节状脊椎"。强直性脊柱炎可合并肺纤维化。

(4)退行性骨关节病：亦称肥大性关节炎，是关节软骨发生退行性变性，继而引起新骨增生。好发于髋、膝、脊柱及指间关节。X线表现为：关节间隙不对称的狭窄，关节面硬化和关节软骨下假囊肿形成。骨刺、骨嵴及Heberden氏结节相应产生，在关节囊中可见到游离的关节鼠。脊椎的退行性变可见到椎间隙狭窄，Schmorl氏结节，椎体前、侧、后缘骨刺形成，椎间盘钙化，韧带钙化，椎体旋转顺列不良等现象。

(5)系统性红斑狼疮：X线表现：肺部表现多样，发病早期，一般所见正常，继而可因血管扩张而肺门影增大，亦可因间质纤维化形成肺纹理增粗，两肺下野有小片密度增高阴影，边缘模糊，以肺底部多见。心脏普遍增大，以左心室增大为主，搏动减弱，多由于心肌炎和心包积液所致。

(6)硬化症：X线表现：主要表现在手足。骨质改变所在处有皮肤硬化或萎缩现象。早期表

现为骨质疏松，而指(趾)骨端可出现骨质吸收，逐渐变尖，以致全部消失，相应软组织中可见大小不等、形态不一的钙盐沉着斑点。牙齿摄片可见硬膜板消失，周膜间隙增宽。系统性硬化症可见消化道管壁僵硬、管腔狭窄，肺部初期肺纹理交织成细小结节，并有弥漫性纤维化及蜂窝状肺等。

(7)皮肌炎：X 线表现：两侧肺纹理增粗，间质性浸润阴影，纤维性变及机化性肺炎，并可有少量的胸腔积液，两下肺盘状不张及肺动脉高压、右心增大。

(8)干燥综合征：X 线表现：下呼吸道感染、盘状肺不张、慢性弥漫性肺间质纤维化、淋巴细胞性间质性肺炎、肺假性淋巴瘤、肺淋巴瘤、肺淀粉样变性等。

(9)大动脉炎：X 线表现：病变未累及大血管或轻度受累时，胸部平片多无异常发现。血管受累后，狭窄—阻塞病变越显著，范围越广泛，X 线改变则越明显。其改变为：降主动脉中下段、下段普遍内收，边缘不规则呈波浪状。记波片上可提示局限性搏动，甚至搏动消失。狭窄的近端主动脉弓有扩张、突出，血管壁可出现不规则斑片状或线条状钙化。左心室增大，左心衰竭时可出现肺瘀血或间质性水肿。病变累及肺动脉，可出现一侧肺缺血、肺动脉高压等。主动脉造影：血管腔宽窄均匀或不均匀，边缘光滑呈向心性狭窄、阻塞，可伴有主动脉和/或其分支的扩张和动脉瘤。

(10)结节性多动脉炎：X 线表现：在胸片上，肺内可呈现散在点状浸润的间质性肺炎改变；两肺下野可出现多发性小结节，密度均匀，边缘整齐；也可出现由于肺内肉芽肿或肺梗塞所形成的单个或散发的大结节，肉芽肿病变偶尔还可坏死并形成空洞；也可出现单侧或双侧的少量胸腔积液；心影普遍扩大，以左心扩大为主。选择性血管造影，可发现多发性血管炎的动脉有动脉瘤、节段性狭窄、管腔闭塞和血栓形成。冠状动脉造影可发现冠状动脉血管炎。消化道检查可见胃肠粘膜不规则、小肠壁增厚外源性缺损(外在局灶性血肿)。

3. **关节滑膜液检查**

关节滑膜液检查可作为对关节疾病的常规检查，有助于风湿病关节病变的诊断和鉴别诊断。正常滑膜液为含有滑膜细胞分泌粘蛋白的血浆透析液，呈清晰透明的草黄色液体，含有与血浆蛋白相同的蛋白、透明质酸及甲球蛋白。滑膜液中白蛋白与球蛋白的比率为 2∶1，蛋白量为血清的 1/4，其中白蛋白约占 60～75%。滑膜液中的补体含量约为血清中的 10%，电解质量与血清相同。滑膜液中有多种细胞，其种类和数量因关节而异，包括单核细胞、大吞噬细胞、原始细胞、滑膜细胞，偶可见白细胞，正常细胞总数为 100～200/mm^3。不少物质均可进入滑膜液，或由滑膜液吸收，透析的速度与分子的大小有关。

关节病变，无论是何种原因均可使滑膜及毛细血管的通透性增加，造成不同程度的炎性反应，使关节滑膜液的化学成分及细胞数目发生变化。根据细胞的反应程度不同，大致可作出诊断和鉴别诊断。

(1)非炎性关节液：白细胞计数不超过 2000/mm^3，属于这类关节疾病的有骨关节炎、创伤性关节炎、肢端肥大症、畸形性骨炎、结节性红斑、肿瘤、无菌性骨坏死、胰腺炎、夏科氏关节等。

(2)炎性关节液：白细胞计数超过 2000/mm^3，属于这类关节疾病的有类风湿性关节炎、强直性脊柱炎、系统性红斑狼疮、硬化症、多发性肌炎、多动脉炎、风湿性多肌炎、干燥综合征、多形性红斑、亚急性细菌性心内膜炎、痛风、假性痛风、过敏性血管炎、复发性风湿病等。重度炎性反应见于脓毒性关节炎。

(3)关节积血：见于关节创伤或伴关节内骨折、色素沉着绒毛结节性滑膜炎、滑膜瘤，或其

他肿瘤、血管瘤、夏科氏关节，或其他关节破坏、血友病，或其他出血性疾病、抗凝治疗、动脉瘤破裂、动静脉瘘及自发性的出血。

兹将关节滑膜液检查的具体内容简述如下：

(1)肉眼检查：①滑膜液容量：临床检查有关节液，表明为病理或异常的滑液容量，关节液多，说明关节病变程度严重。②颜色和透明度：正常滑膜液为清晰透明的草黄色或无色液体，其混浊度常与其细菌数量成正比，脓性滑液均呈混浊，非炎性关节液如含结晶体、纤维蛋白、类淀粉物、软骨碎屑或米粒样体等也可显示混浊不透明。类风湿性关节炎或其他慢性重度炎症时，渗漏液可呈浅绿色，感染性滑膜液可呈灰色或血样。痛风性关节炎的滑膜液内含大量结晶体时可呈白色，系统性红斑狼疮、风湿热、多发性肌炎、硬化症、痛风和假性痛风的关节液可呈轻度炎性或澄清液。③粘滞性：正常滑膜液有一定粘稠度，由针尖滴落数滴在拇指与食指中间，再将手指分开，可见弦状粘丝长1～2吋。其粘稠性与透明质酸的浓度、质量有关。类风湿性关节炎时的滑膜液粘稠性减低，炎症性关节炎、水肿性和痛风性关节渗液的粘稠性也减低，化脓性关节炎伴有大量细胞增加时粘稠度可增加。

(2)白细胞计数：正常滑膜液白细胞计数通常在50/mm^3。白细胞计数在200～2000/mm^3时，属非炎性关节液，多见于退行性关节炎、创伤性关节炎、夏科氏关节等。类风湿性关节炎属炎性滑膜液，白细胞计数为2000～75000/mm^3，其中中性粒细胞可占70%。脓毒性关节炎白细胞计数常超过100,000/mm^3，其中中性粒细胞可占90%。

(3)显微镜检查：类风湿性关节炎镜下可见吞噬细胞浆中有胞浆颗粒。如颗粒中含有类风湿因子则称为类风湿性关节炎细胞(RA细胞)。痛风和假性痛风可见结晶体。系统性红斑狼疮关节液常可找到典型的红斑狼疮细胞。赖特氏综合征关节液中可见巨噬细胞、吞噬形多形核细胞和核残余。其他关节炎中也可见到。脓毒性关节炎关节液用瑞氏及革兰氏染色能迅速明确细菌分类，并可确诊，但阴性者不能排除，可作细菌培养及药敏试验。

(4)特殊检查：①滑膜液葡萄糖测定：用Somogyi—Nelson二氏标准法测定，正常滑膜液葡萄糖浓度约相当于血清葡萄糖浓度的10%。类风湿性关节炎可相差30～50%，结核性关节炎相差60～70%，脓毒性关节炎更低或测不出。②粘蛋白凝块试验：此试验可作为判断滑液中多糖类蛋白复合体的完整性和浓度的一种标志。试验方法为将数滴滑膜液滴入存在5%醋酸溶液20ml的烧杯中，约经1分钟可见玻璃上糖酸盐蛋白沉淀成一凝块。风湿热、系统性红斑狼疮、骨关节炎、创伤性关节炎等此凝块坚固，轻摇动不碎裂。类风湿性关节炎、脓毒性关节炎易碎裂。③补体测定：系统性红斑狼疮活动期关节液及血清中补体均可减少，感染性关节炎、赖特氏综合征、痛风等滑液中补体均可升高，风湿性关节炎滑液补体可减少而血清补体可正常。④类风湿因子：类风湿性关节炎血类风湿因子试验阳性率约为70～80%，有时血RF阴性，而关节液中却为阳性。但可有假阳性。其他关节病也可阳性，故无特异性。

4. **关节镜检查**

关节镜检查术是当前能够直视关节腔内病变的一种最好方法，对关节病变的诊断有困难时，该检查有其独特的优点：①能窥视风湿性疾病各类型关节内病理损害及炎症程度、范围，并可诊断早期痛风、结核、类风湿、色素绒毛结节等不同原因的关节滑膜炎，准确率较高，可达90%以上。②检查的同时可取组织进行活检。③手术前行该检查，可进一步证实、补充或否定、修改原诊断，且可为手术选择适当的切口和进路。④检查时可进行适当的关节内手术及灌洗关节腔。

关节病变时的特征：①风湿性关节炎：主要为滑膜充血、水肿，绒毛无增生。②类风湿性关节炎：早期受累滑膜充血、水肿，局部有肉芽形成，绒毛呈针头状或圆锥状突起；中期可见滑膜肥厚增生，滑膜下血管模糊不清，绒毛可呈蜡样息肉状突出，软骨面可见血管翳，受累软骨发黄变薄，关节腔内有纤维素渗出；晚期表现为纤维组织增生和粘连。③骨性关节炎：早期受累软骨面呈浅黄色、无光泽的粗糙面，压之变软，进一步发展软骨面可出现裂隙或呈绒毛状，滑膜一般正常。晚期滑膜可呈绒毛状增生，关节囊肥厚。④系统性红斑狼疮：有关节炎时滑膜充血、水肿，触之易出血，滑膜肥厚和绒毛增生不明显。⑤痛风性关节炎：尿酸盐沉积在关节囊、滑膜和软骨面，致使组织损伤及炎性反应，重者可见痛风石，绒毛较少。⑥色素绒毛结节性滑膜炎：滑膜增厚明显，色暗红或棕黄，表面不平，有结节样褐色绒毛和血管翳。

5. **皮肤肌肉活检**

该检查为诊断风湿病的重要措施。活检标本应摘取出现的结节或有压痛及肌电图提示异常的肌肉。取材应适当并宜多次反复取材；如取材不适或仅一次取材，有时难以提供诊断依据。必要时可切除肿大的淋巴结作病理切片检查，以及行肝穿刺、脾穿刺、肾穿刺等活检。

血管炎病人有皮肤损害时，取材最好包括皮下组织和肌肉。淀粉样变性等病变，可取材于皮肤、肌肉、齿龈、直肠和骨髓等。干燥综合征可取唾液腺进行活检。

6. **肌电图检查**

肌电图是肌肉动作电位的记录，可用以诊断肌病和运动神经损害。有时在临床上无明显的特征性所见，面肌电图却可提供有价值的检查结果，且肌电图尚可指导肌肉活检的取材部位。肌病的肌电图表现：肌纤维全部或部分斑点状丧失，如仍保留正常数目的运动神经或运动单位时，则可产生一个特征性的图相。大多数肌病的肌电图相为肌肉静息时无电活动；轻用力收缩时可产生比正常低的波幅及短时限的运动单位动作电位(MUAP)，总电位失去光滑性而呈多相电位；中等力收缩时可产生完全干扰型；最大用力收缩时，不但可产生完全干扰型，而且其最高波幅低于正常。上述为典型变化，临床偶有例外者。

第二节　中医诊法

中医诊法包括四诊(望、闻、问、切)和辨证(八纲辨证、病因辨证、脏腑辨证、气血津液辨证等)。中医诊断的过程就是通过四诊以询问、观察、检查病人的症状和体征，了解疾病发生的全过程及其各种表现，然后根据四诊所收集的病情资料，应用八纲等各种辨证方法进行细致的综合分析以探求其本质、判断辨别疾病的证候，从而为治疗提供可靠的依据。

一、四诊

(一)问诊

问诊是医生通过向病人或其家属、亲友有步骤、有目的地询问病情，以求全面地了解疾病的有关情况，为辨证论治提供依据。问诊是诊病的重要步骤，病人的某些痛苦(自觉症状—主观感觉)和发病经过等情况，只有依靠其自述才能使医者了解。医生在问诊时必须态度和蔼，耐心细致，启发诱导病人如实申述病状和反映病情。要用通俗易懂的语言，有目的、有重点、有次序

地提问，切忌杂乱无章地用一些医学名词术语提问，以避免使病人惶惑不解、厌烦。问诊时应注意以下问题：

1. **一般情况**

一般情况包括病人姓名、年龄、性别、婚姻、民族、职业、籍贯和住址等。了解这些情况，可为风湿病的诊断提供重要线索。如类风湿性关节炎多见于青壮年女性；急性风湿性关节炎多见于青少年；强直性脊柱炎多见于青年男性；骨关节炎多见于中、老年；大骨节病人多发于东北和西北地区。长期在寒冷、潮湿、高温环境下工作之人易患不同的风湿病等。

2. **现病史**

首先要弄清"主诉"，即确定促使病人前来就医的主要痛苦及其持续时间，接着围绕主诉进一步询问各种有关情况，即从如何起病，至来就医时的全过程，均应询问清楚。应注意以下几个方面：①发病时间：初发时间，何时加重，病程长短。②发病的急缓久暂：是骤发还是渐起，是否伴有低热或高热，持续时间长短。③起病的诱因：如有无寒冷、潮湿、高温作业史，以及劳累病史、感染史（如扁桃体炎、淋巴结炎、咽痛等）、外伤史（扭伤、挫伤、创伤等）以及传染病接触史等。④加重及缓解因素：如是否遇寒冷、气候变化、劳累或情绪波动而加重，是否休息后症状减轻等。⑤肢体关节受累情况：是单关节还是多关节，是大关节还是小关节；最初受累的关节和陆续波及的关节；受累关节局部表现（红、肿、热、痛、畸形等）；关节的症状是发作性还是持续性，是游走性还是固定不移；受累关节对称与否；活动困难还是活动受限，有无晨僵。⑥伴随症状：是否伴有乏力、倦怠、失眠、纳差、头晕、耳鸣、体重下降等症状，以及有无眼、皮肤、内脏等病的见症。⑦是否经过诊疗、诊疗的方法和效果等：要全面了解本次就诊前是否在其他医疗单位就诊，如已就诊过，要了解诊断及治疗情况，所用药物或仪器治疗的效果和反应，尤其要了解是否用过皮质激素类药物等。

问现在症是问诊的要点。问诊时抓住患者的主要症状（主要痛苦），有目的、有步骤地按证候规律或证候群进行询问，既要突出主证，又要全面了解兼证。只有主次分明，才能辨证准确。如病人主诉为肢体关节或肌肉疼痛，呈游走性，遇风加重，伴局部不肿或轻度肿胀无热感，肢体活动受限或不受限，此时根据游走性疼痛和遇风加重的特点，结合舌脉可辨证诊断为风邪偏盛的风痹证；如患者主诉为肢体关节、肌肉固定性疼痛，疼痛剧烈，肢体、皮肤不温，遇寒冷病情加重，遇热好转，兼有肢体挛缩拘急或关节功能活动受限，此时根据疼痛剧烈，部位固定，和遇寒加重、得热则减的特点，结合舌脉可辨证为寒邪偏盛的寒痹证；如患者主诉为肢体关节、肌肉重着、麻木，遇阴雨天病情加重，兼有屈伸不利，有骨摩擦音等，此时根据重着、麻木和遇阴雨天加重的特点，结合舌脉可辨证诊断为湿邪偏盛的湿痹证；如患者主诉为肢体关节、肌肉红肿热痛，得热则剧，遇寒则舒，兼有低热、口渴不欲饮、烦闷、纳呆等症状，此时根据红肿热痛和遇热加重、遇寒则舒的特点，结合舌脉和病史可辨证诊断为风寒湿痹郁而化热或感受热邪所致的热痹证。其他如痰湿痹阻证、瘀血痹阻证、寒热错杂证以及阴、阳、气、血不足等虚证都有各自的证候特点，只要仔细询问，皆可做出正确诊断。

（二）望诊

望诊即医者运用视觉去观察病情，包括望全身情况（神、色、形、态），分部望诊、舌诊等内容。通过望诊，观察病体外部表现，可推断疾病的实质。望诊应在光线充足的地方进行；若在夜间，可在灯光下诊察。诊视病人应敏捷，所谓一望而得之，以免使病人厌烦。但应注意有步骤有

重点地细心观察，才能准确无误。一般先诊视全身神色形态，再进行分部望诊。舌诊尤其要重点观察。现根据风湿病特点，将肢体、形态、舌象等望诊简述如下，余不赘述。

1. **望肢体**

除一般观察病人的壮、弱、肥、瘦外，要特别注意肢体的皮肤、关节等部位的变化。

(1)皮肤：望皮肤要注意其肤色、光泽、弹性，有无皮疹、红斑、结节、牛皮癣等。皮肤硬化为硬皮病的典型表现，早期多始于手部和面部，呈硬性浮肿状肿胀，无压痛；进一步发展可延及躯干，皮肤呈板样硬化、增厚，有蜡样光泽，难以捏起，面部表浅线纹消失，皮肤不动呈无表情面容，四肢活动受限。红斑为风湿病的常见皮肤表现。环形红斑为急性风湿热的最特殊表现，开始发疹为红斑性丘疹，分布于躯干及四肢，继之皮损迅速扩大成环状或融合的皮损形成多环状、地图状，其边缘高起或扁平，中心呈苍白色或色素沉着，可在 12 小时内发展到 2～10mm 大小，皮疹可成批出现持续数小时至数天，少数皮疹中心可高起呈荨麻疹样。迅速进展和消退是环形红斑和其他红斑鉴别的重要特征。结节性红斑可见于急性风湿热、皮肌炎，多见于小腿，青年女性好发，呈触痛性，皮损先在胫骨部呈一至数厘米大小，渐至整个小腿，偶然发生于臂、肩、面及颈部。结节性红斑急性期多伴有全身发热、倦怠和关节痛等。皮下结节可见于风湿热、类风湿性关节炎等风湿病，多出现在受压及劳损部位，直径约 2～3cm，呈圆形或长圆形，结节硬韧，常有压痛。面部蝶形红斑为红斑性狼疮的典型皮损，病变位于鼻梁和颊部，红斑稍带水肿，呈蝶状，有毛细血管扩张及鳞片状脱屑，此红斑也可在手指、足趾及其他部位出现。丘疹性红斑可见于急性风湿热伴心脏炎者，皮疹呈丘疹性红斑，成批出现，好发于四肢的屈侧面，为常见于肘、膝部的硬丘疹，皮疹可持续 1 周。多形红斑系不同病因所引起的较严重的血管反应型，皮损呈对称性，表现为水肿，红色至带青紫红色，大小直径约 0.5～3cm 的扁平斑疹，病情进展可形成较深的红斑，或出血点，也可形成同心环状而称之鸢尾皮损，皮疹增大可融合产生不规则的螺旋形或回旋状病灶。典型的多形红斑常侵犯手、足、腿、前臂背面，但也可扩展至全身，至侵犯粘膜，严重者可形成大疱。常见的多形红斑较轻，自限性持续数周，可复发。在风湿病中有多形红斑可反映疾病处于活动期，在风湿病药物治疗中也可引起多形性红斑反应，偶可呈严重大疱型。

中医认为皮肤病变与外感六淫、内伤七情、饮食不节、痰凝、血瘀等密切相关。其与上述病因的关系简述如下：①风：风性向上，其性开泄，善行而数变，为春之主气，故见于头面上肢，变幻无常，游走无定处，春季好发，对风敏感的皮损多与风邪有关。如系统性红斑狼疮的面部红斑、风寒相搏时引起的荨麻疹之瘙痒无度和风团、风湿热相搏的湿疹等。②寒：寒性收引，寒邪阻于经络则气血凝滞，可引起红斑类皮损、硬皮病、雷诺氏病等。寒与痰湿相合则更易至风湿病的皮损。③暑：暑为夏令主气，伤人则使肌肤腠理开泄，汗出较多，易生癣病。暑湿之邪相挟，加以烈日紫外线损伤皮肤，故夏日风湿病皮肤病损多见。如皮炎、湿疹、系统性红斑狼疮皮损恶化及癣菌继发皮肤病损等，可促使病情恶化。④湿：湿为阴邪，其性重浊、粘滞。湿邪发于皮肤则为下肢、外阴等下部肿胀、疱疹、溃破、渗液、湿疹。热与湿合则为湿热，表现为皮肤发红、怕热、汗出，遇热则痒或红加剧。如变应性亚败血症的皮肤表现。⑤燥：燥性干烈伤津，易致皮肤粘膜干燥，如鼻干、眼干、皮肤干燥、毛发干枯、稀少脱落、皮肤脱屑、皮肤肥厚发硬少弹性和皲裂等，如干燥综合征。燥与温凉可相挟，凉燥皮损红肿不明显，受凉则痒痛加剧，温燥皮损红肿较明显，受热痒痛加剧。风湿病中慢性皮损多为凉燥表现，而急性期多呈温燥表现。⑥火：火为热之极，热极生火。风湿病中火邪致病的表现为迅速蔓延的灼热、潮红、出血等皮损，甚至可发生脓

疱疮、疖肿等。在风湿病热毒炽盛时或大量用皮质激素时可发生上述皮损。⑦其他：情志失调、饮食不节、瘀血、痰浊等均可致风湿病皮损。如肝气郁结可发生疱疹、结节性血管炎；偏食海味生冷辛辣鱼腥可使皮疹复燃；过食膏粱厚味可使湿热蕴结而加重血管炎性疾病和皮损恶化。

(2)关节：关节望诊应注意关节部位是否肿胀、变形，以及肿胀程度、部位、色泽等。如大关节肿胀一般为风痹，小关节肿胀多为尪痹，关节畸形多为尪痹后期，局部红肿多为热痹，色泽淡暗多为痰浊，色泽紫暗多为瘀血，独膝肿大多为鹤膝风。

2. **望姿态**

主要观察病人的姿势和动态，如观察病人有无肢体拘挛、屈伸不利、肩不举、“尻以代踵，脊以代头”等。手足萎软无力，行走不便，多是痿证。手足振摇不定，多为气血俱虚，肝筋失养，虚风内动的表现。手足屈而不能伸者多病在筋；伸而不能屈者多病在骨。扬手掷足为内热烦躁。半身麻木不仁，一侧肢体活动不灵为偏瘫证。

3. **望舌**

望舌本属分部望诊审苗窍的内容之一，但因舌诊历来为医者所重视，内容较丰富，观舌对洞察疾病本质，进行辨证论治有重要意义，故作重点论述。舌诊包括望舌质、舌苔两部分内容。前者主要反映脏腑之虚实，气血之盛衰；后者主要反映病邪的浅深，邪正的消长。现将舌诊与风湿病有关的内容简述如下：

(1)望舌质：①望舌体：舌质粗糙、坚敛苍老，主虚证、热证；舌质细腻、浮胖娇嫩，或舌边有齿印，主虚证、寒证。舌体胖大，多为水湿痰饮阻滞；舌淡白胖嫩，舌苔白滑，多为脾肾阳虚，津液不化，以致水饮停聚。舌瘦瘪主虚，一般多为阴血亏虚；若瘦薄淡红而嫩为心脾两虚、气血不足；瘦薄而舌绛干为阴虚热盛(血虚内热)。舌有芒刺而干为热人营血；舌绛有芒刺而干则为热盛伤阴。舌有瘀斑瘀点，舌下脉络粗大迂曲，多为瘀血所致。舌有裂纹，多为阴亏；如舌质红绛少苔燥裂，为热盛伤阴；舌质淡红而嫩有裂纹，为肾阴不足或血虚阴亏。舌体柔软无力，不能自由转动，伸卷不灵，称为舌痿软；如痿软而舌色淡白，属气血两虚，筋脉失养；如痿而光绛无苔，多为肝肾阴液枯涸。舌体强硬，活动不灵，伸卷不便，多属热扰神志或肝风内动，亦可由痰浊而致。舌体震颤抖动无力，不能自主，多属气血不足，筋脉失于温养和濡润。②望舌色：舌色红少白多，其色比淡红更浅淡称淡白舌，主气血不荣于舌；如气虚则舌淡白而嫩，有苔，舌体可稍胖于正常；如血虚则舌淡而稍干，苔少，舌体大小正常或稍瘦薄；舌淡胖嫩湿润多津或舌大有齿痕，为阳虚寒湿内盛；红舌，主热，深红为热甚；全舌老红，质粗有苔，属实热证；舌嫩红，少苔或无苔，属阴虚内热。绛舌，主热盛，主瘀；舌绛而起刺为热人营血；绛而苔黑为实热盛极；舌绛而少苔或无苔属阴虚火旺；绛而无苔，光亮无津属内热伤阴、阴津亏耗；舌绛而不鲜，干枯而萎如猪腰为肾阴枯竭；舌绛而色暗或有瘀点、瘀斑为血瘀挟热；舌绛而有散在红色小斑点为热人血分，欲发斑疹。青紫舌有寒热之不同，青紫而舌面干燥津亏为热盛挟瘀伤津；青紫而舌面滑润为阴寒内盛、痰瘀阻滞；舌边青或有瘀斑，或口燥而饮水不欲咽者为内有瘀血。

(2)望舌苔：望舌苔着重于望苔质和苔色。苔质包括苔之厚薄、润燥、腐腻等变化。苔质主病以厚薄辨病邪之浅深轻重，邪轻浅苔薄，邪深重苔厚。以润燥辨津液存亡，不论苔色如何，以润为津液未伤，以燥为津液已伤。苔腻腐说明肠胃湿浊情况，松腐苔为邪热有余，粘腻苔为水湿不化。苔色主要有白、黄、灰、黑及兼色等，望苔色的变化，可知寒热虚实及病势发展。现将常见的舌苔变化简述如下：白苔，一般主表证、寒证、湿证。若薄白者说明病浅；白而润为寒或寒湿证；白而滑腻为寒湿内盛；薄白而干为外感化热伤津。在某些情况下，白苔也主热证。如白如积

粉，舌赤，主湿热内蕴，湿遏热伏；白而燥裂常因里热炽盛，暴伤津液。黄苔主里证、热证。薄黄而润为里热初起；薄黄而干为里热伤津；黄厚而干为里热甚；黄而腻为湿热内蕴或痰湿食滞；老黄焦裂或有芒刺为热极，热耗气阴；白黄相兼为表里同病或内有湿热。灰苔多由白苔转化而来，有时与黄苔并见，主痰湿、里寒证或里热证。若苔灰而润为寒湿内阻或痰饮内停之寒湿证；苔灰而干，舌质红，为热炽津伤或阴虚火旺。黑苔多由灰苔或焦黄苔转化而来，于寒、热、虚、实等证均可见。黑苔主里证，多见于病情较重者。若苔黑干焦，舌质红，为实热；苔黑燥裂，舌质绛，生芒刺，为热极津枯；黑而润，舌质淡白或淡紫嫩，为阳虚、寒盛。无苔，为胃气虚弱，无苔少津为阴虚津亏。

一般来说，舌质和舌苔主病往往是相一致的。当病情较复杂、寒热错综、虚实夹杂时，舌质和舌苔的表现也较复杂，有时可见质苔不符。如舌质淡白嫩而苔黄干，此舌象为虚实挟杂，多由于脾气虚弱，痰湿内蕴，化热伤津；舌质老红而苔薄白且润，此舌象为寒热错综，表寒里热，多为内有痰热，复感风寒湿邪；舌红而见白腻苔，为热伏湿蕴之象。总之，临床要注意四诊合参、细心诊察、认真分析。

此外，望神、面色等在风湿病的诊断中也很重要，临证不可忽视。

（三）切诊

切诊包括切脉（脉诊）和按诊两个部分。医者通过切脉可以诊察脏腑气血的盛衰和整体的病变，了解病位、病性、邪正等情况，为辨证提供依据。正常的脉象为不浮不沉，不迟不数，一息四至五至之间（每分钟 70～90 次之间），不大不小，不长不短，从容和缓，节律均匀。其特点为有胃气（从容均匀）、有神（和缓有力）、有根（尺脉沉取应指和缓有力）。风湿病常见的异常脉象如下：①浮脉：轻取即得，重按稍弱，如水上漂木。主病在表，多见于疾病初期。②沉脉：轻取不应，重按始得，如石沉水底。主里证，有力为里实，无力为里虚；沉迟为里寒，沉数为里热。③迟脉：一息三至，约每分钟脉搏跳动 60 次以下，来去较慢。主寒证，有力为实寒，无力为虚寒，沉缓为寒湿。④数脉：一息五至以上，约每分钟脉搏跳动 90 次以上，往来快。主热证，有力为实热，无力为虚热，细数为阴虚内热。⑤弦脉：端直以长，从中直过，挺然指下，如按弓弦。主肝郁、疼痛、痰瘀，弦数为热，弦紧为寒，弦滑为痰。若弦而细劲，如循刀刃，为全无胃气，病多难治。⑥紧脉：脉来绷急，往来有力，弹击于指，状如牵绳转索。主寒证、痛证。⑦滑脉：往来流利，应指圆滑，如盘中走珠。主痰饮、实热。但也有元气衰少，不能摄持肝火，以致血分热，而脉见滑象的。⑧细脉：细直而软，应指形如蛛丝，沉取仍然不绝。主气血不足或湿阻经络。⑨濡脉：极软而浮细，轻手即得，按之无有，如绵在水中，如水上浮沤。主虚证、湿盛，为脾虚湿重之风湿病常见脉象。⑩涩脉：往来艰涩，参伍不调，如轻刀刮竹。涩脉主病，有力、无力辨虚实。有力多为邪气阻滞脉道，气血运行不畅；无力而涩多为津血不能充其脉，见于精亏、津伤、亡血等。⑪结脉：脉来缓慢而时一止，止无定数。主阴寒偏盛、气血凝滞、痰气结滞等。有力为实证，无力为虚证。⑫代脉：动而中止，不能自还，良久复动，止有定数。主脏气衰微，元阳不足，亦可见于风证、痛证、跌仆、惊恐等。

按诊在风湿病诊断中主要为了解皮肤的弹性、温度、湿润度、硬度，以及有无结节、肿块、压痛等，以利于辨证。如身热，初按灼手，久按则减，是热在表；初按热甚，久按更甚，为邪热炽盛在里，向外蒸发的表现；初按不觉热，按久灼手，是湿遏热伏于内的表现。如皮肤滑而柔润，为津液未伤；枯涩或甲错，为阴血已伤，或有瘀血；肌肤肿胀，按之凹陷不起的为水肿；皮肤肿胀绷紧，

按之即起无痕的属气肿。如手背热较盛，病人诉说身热不适，同时按其额部亦热，则多为外感风寒，邪气盛；手心热而身无发热，多属阴虚内热。如尺肤滑而柔润，主病轻，多见于外感风邪；干涩粗糙，多为津血亏虚；尺肤或关节局部初按高热灼手，按久渐转寒冷，或初按觉冷，按久渐转热的，均为寒热错杂病证。

（四）闻诊

闻诊是通过听声音和嗅气味以测知患者病况的诊察方法，是四诊不可缺少的一部分，在风湿病诊断中有一定意义，其方法和内容请参阅有关书籍，此不赘述。

二、辨证

辨证是根据四诊所提供的临床资料，进行综合分析，从而求得对病因、病性、病位以及病变趋势、邪正盛衰等所作的病理概括。由于辨证对疾病本质的认识比较全面、深刻，是临床各科诊断疾病时普遍运用的方法。中医学在长期对疾病辨证认识的过程中，形成了八纲辨证、病因辨证、脏腑辨证、经络辨证、六经辨证、卫气营血辨证和三焦辨证等多种辨证方法，这些辨证方法，从不同的角度总结了认识疾病证候的一般规律。它们之间又是互相联系和互相补充的，因而将各种辨证方法融会贯通，灵活运用，掌握其辨证规律，以便全面地分析疾病的本质，正确地判断其证候，为治疗提供可靠的依据。各种辨证方法的内容和特点在此不分别论述，现仅将风湿病的辨证规律概述如下：

（一）识别虚实

虚实是邪正消长与病情发展演变情况的估价与分析，据此可以确定补泻的治疗措施。因此识别虚实是辨证的重要一环。邪气盛则实，精气夺则虚。“实”是指致病因素及病理产物所导致的旺盛的病理情况；“虚”是指人体的防御能力、代偿能力或修复能力不足的病理表现。虚实之间是相互影响、不可截然分开的。一般来说，邪气盛则正气受到郁遏或损伤，而正气虚无力驱邪则邪气愈盛。虚实的情况虽多，大致不外表里之虚实，阴阳之虚实，气血之虚实和脏腑之虚实。通常而论，外感病多实，内伤病多虚；新病多实，久病多虚。临床上虚证中多夹有实邪，实证中多兼有正虚，即所谓“虚实夹杂”之证。如风湿性关节炎、类风湿性关节炎，病之新起，多为风寒湿热之邪乘虚入侵人体，阻闭经络气血，表现为肢体关节等部位疼痛、沉重、麻木、屈伸不利、活动受限，以“不通”为主，多属实证，较少见到虚象。由于邪气之偏盛，机体反应状态之差异，可表现为风气偏盛、寒气偏盛、湿气偏盛和湿热偏盛等证候。疾病日久，因反复发作或渐进发展，经络长期为邪气壅闭，营卫不行，气血亏耗，正虚邪恋，内舍脏腑，则表现为“不荣”为主，多属虚证。疾病日久也可湿聚成痰，血凝为瘀，痰瘀互结，胶着皮肉筋骨，出现关节肿大变形，肌肤顽厚不仁等“不通”、“不荣”俱甚的正虚邪实证。新病多实，久病多虚，此就一般而言。临床上亦可因禀赋不足或它病之后、产后面感受外邪致病，初期即现虚证，或本虚标实证。也可见久病缠绵而寒湿久羁，湿热留驻，痰瘀胶结，虚实挟杂，以邪实为主者。因此，识别虚实，应全面分析，综合当时病况，灵活辨证。

(二)注意病位

风湿病的病位不同，病证性质亦有别，治疗措施也因之而异，故注意病位亦是辨证中的重要一环。定位一般包括表里定位、脏腑经络定位、气血定位、三焦定位等，这些定位方法或简或繁，各有其适应范围，有时可单独应用，但多数情况下需综合应用。临床上对风湿病的病变部位应注意以下几个方面：

1. 体表上下部位

在肢体痹痛中，一般上肢部如肩、臂、肘疼痛等，多以风邪侵袭为主；下肢部如腿、膝、脚、踝疼痛等，多由湿邪下注引起；颈项疼痛，多为外邪侵袭太阳；腰背疼痛，多为寒湿、瘀血或肾虚所致。周身或四肢痹痛的病因、病理较复杂，当结合具体情况辨证分析。

2. 脏腑组织部位

主要辨别五体(皮、肌、筋、脉、骨)和五脏(肺、脾、肝、肾、心)痹等。皮痹者，以局部或全身皮肤硬化、麻木为主。严重者可累及脏腑，见于硬皮病、系统性硬化症等。一般皮痹初期，皮损肿胀，呈非凹陷性水肿时，以痰为主；后期皮硬如革，状如死肌，以瘀为主。肌痹者，以肌肉尽痛、麻木不仁、肢体怠惰、四肢痿软或恶风头痛、多汗呕恶为特征的病证，见于多发性肌炎和皮肌炎等。一般肌痹初期多实，后期多虚；但临床往往虚实并见，辨证时要注意寒热虚实，轻重缓急。筋痹者，以筋急拘挛、抽掣疼痛、关节屈伸不利、腰背强直、步履艰难、胁满易惊为主要表现，见于类风湿性关节炎、强直性脊柱炎等。脉痹者，以患肢疼痛麻木酸胀、皮色淡暗或紫暗、或脉搏减弱、甚则脉搏消失为特征，见于多发性大动脉炎、结节性多动脉炎等。骨痹者，以关节疼痛、肿胀，骨重不举，甚则关节畸形、僵直，不能站立行走为特征，见于类风湿性关节炎病程较长者。肺痹者，多指皮痹不已，复感于邪，内舍于肺，致肺气宣降失司，出现以皮痹与胸闷喘满、咳逆上气、卧则喘急等肺经症状共见为特征的痹病。脾痹者，多指肌痹不已，复感外邪，内舍于脾，出现肌痹与脘腹胀满、食则欲呕、饮食乏味、时自下利等脾经症状共见为特征的痹病。心痹者，多指脉痹不已，复感于邪，内舍于心，致血脉瘀闭不通，出现脉痹与心下鼓痛、气短喘促、胸中烦闷，嗌干善噫、心悸惊恐、失眠等症状共见为特征的痹病。肝痹者，多指筋痹不已，复感于邪，内舍于肝，出现以筋痹与胸胁满胀、卧而多惊、阴囊缩小等症状为特征的痹病。肾痹者，多指骨痹不已，复感外邪，内舍于肾，出现关节疼痛、四肢拘挛、骨重不举、腰背酸痛、偻曲不伸、坐卧难支、步履艰难，甚则"脊以代头，尻以代踵"等症状为特征的痹病。临证时只要抓住五体痹与五脏痹的特征，辨别并非难事。

3. 三焦部位

《张氏医通》曰："头眩短气，上焦痹也。温温欲吐，中焦痹也。脚肿如脱，下焦痹也。肢节疼痛，身体烦羸，筋骨痹也。由此观之，当是风寒湿痹其营卫筋骨三焦之病。"此种分部辨证，可作参考。

此外，辨证时还应注意经络循行部位和病邪深浅部位。

(三)审证求因

1. 辨外邪性质

风邪偏盛者(行痹)，关节疼痛，呈游走性、多发性，痛无定处，多伴恶风发热，舌苔薄白，脉浮缓或弦。见于风湿热、类风湿性关节炎等。寒邪偏盛者(痛痹)，关节剧痛，痛有定处，局部不

温，得热则舒，遇寒则甚，舌苔薄白，脉弦紧。见于风湿热、类风湿性关节炎、痛风等。湿邪偏盛者(着痹)，关节肿胀，肌肉酸重麻木，痛处固定不移，久则关节变形，肌肉瘦削，低热，食欲不振，舌苔白腻，脉濡。见于风湿热、类风湿性关节炎等风湿病各种关节病变的非活动期或慢性期。湿热痹阻者，关节疼痛灼热，兼有红肿，得热则剧，遇冷则舒，发热，舌苔黄腻，脉数。见于类风湿性关节炎、痛风、风湿热等。热毒炽盛者，关节红肿剧痛，高热，烦渴，舌绛，脉滑数。见于类风湿性关节炎合并感染、系统性红斑狼疮、其他风湿病关节病变急性期。

2. **辨痰瘀**

痰浊痹阻者，疼痛部位多局限，麻木重着肿胀为主，可伴食少腹胀、呕恶眩晕，舌苔腻，脉滑。瘀血痹阻者，多呈刺痛，轻者活动后痛减，或见面色黧黑，甚则唇甲青紫，舌暗或有瘀斑，脉弦涩。另外，凡痹病日久不愈，用常法止痛效不显者，都应考虑内有痰瘀。其中关节肿痛多为痰瘀交阻，关节肿大多为有形之痰瘀滞留其间。湿未成痰者多漫肿，按之柔软，疼痛一般并不剧烈，痰瘀互结则按之稍硬，肢体麻木或痛剧。

3. **辨疼痛性质**

疼痛应辨别寒、热、虚、实、气、血。寒得温则减，反加剧为热；暴痛多寒，久痛多热；喜按为虚，拒按为实；暴痛属实，久痛属虚；初病在气，久病在血。临床上一般将疼痛分为疠痛、刺痛、结痛、切痛、掣痛、胀痛、隐痛、绵绵作痛、时痛时止等。疠痛多属寒冷，刺痛多属瘀血，结痛多属痰食，切痛多属实热，掣痛多属风寒，胀痛多属气郁、积滞，隐痛、绵绵作痛多属虚寒，时痛时止多属气分和食积。痛处有灼热感则为热证和湿热，有寒凉感则多为寒痰凝聚。疼痛为一种自觉症状，多为局部疼痛，在辨证上还应分辨脏腑、经络部位，结合病因、时间、体质、舌脉等，全面考虑，才能作出正确诊断。

4. **辨阴阳气血之不足**

气虚者，肢体关节疼痛，疲软乏力，少气懒言，面色不华，自汗，舌淡，脉弱无力。血虚者，肢体关节疼痛，肌肉麻木不仁，面色萎黄，头晕目眩，心悸怔忡，夜寐多梦，舌淡暗，脉细弱。阴虚者，肢体关节疼痛，局部有热感，形体消瘦，口干咽燥，五心烦热，盗汗，舌红绛瘦小，脉细数。阳虚者，肢体关节疼痛，局部不温，畏寒肢冷，口淡不渴，小便清长，阳萎滑精，舌淡嫩，脉沉迟。

(四)辨轻重缓急

一般而言，新病邪在肌表皮毛，病轻；久病邪入筋骨，甚则内舍脏腑，复感外邪，且与痰瘀互结，正气虚衰，或正虚邪实者，病重；初感或复感外邪、急性发作期及某些脏腑痹，病情较急；反复发作，病程较长，缓解期，病情较缓。以病邪而论，热邪盛者较急，寒湿盛者较缓。

(五)辨病人体质

个体体质差异，在风湿病的发病中往往占有重要地位，辨证时应加考虑。①正常质：阴阳无明显的偏胜偏衰，对致病刺激之反应无过亢与不及。此型禀赋特厚，体壮力强，面色润泽，胃纳佳，能耐寒暑，口微干，二便调，脉有力，平常少病，一旦病多属外感，暴病则多见实热之证。此型多见于体力劳动者，亦可见于青少年。②晦涩质：常见肤色晦滞，口唇色紫，眼眶暗黑，爪甲枯槁，肌肤甲错，丝缕斑痕，脉沉涩弦紧，舌质瘀紫；发病则多见胀闷，刺痛，痛有定处。临床所见气血易阻、气滞血瘀者多见此型。③腻滞质：常见体型肥胖，口甜而粘，身重如裹，口干不饮，大便不实，脉或濡或滑，舌苔多腻；可见于好饮酒者，发病后常中脘痞满，胸满头眩，下肢肢节沉

重、麻木，往往缠绵难愈。临床所见痰湿易盛者，多属此型。④燥红质：常见形弱消瘦，面颊潮红，口燥咽干，内热便秘，阳萎遗精，尿黄短少，喜凉饮而不解渴，失眠心烦，五心烦热，耳鸣，脉细弦数，舌红少苔或无苔，发病后常见内热炽盛，易入里化热伤津。临床所见阴易亏者，常属此种体质。⑤迟冷质：常见形体白胖，形寒怕冷，唇淡口和，四肢倦怠，肢冷自汗，面色无华，大便稀溏，毛发易落，夜尿频而清长，喜热饮，脉沉迟无力，舌淡胖嫩有齿痕；发病后常见外寒较甚，易从寒化而伤阳气。临床所见阳气易衰者，常属此种体质。⑥倦怠质：常见面色㿠白，气短懒言，乏力眩晕，心悸健忘，动辄汗出，有脱肛感，手易麻，月经淡少，舌淡脉细弱无力；发病后抗病能力往往较差，常易虚脱，非扶正不足以御外邪。临床所见气血易虚者，常属此种体质。

中编　临床诊疗

第一章　类风湿性关节炎

第一节　概　述

类风湿性关节炎（Rheumatoid arthritis，RA）简称类风湿，是一种以关节为主的慢性全身性自身免疫性疾病。凡构成关节的各部分组织均可受到侵犯。病理特点为关节腔滑膜炎症、渗液、细胞增殖、肉芽肿形成、软骨及骨组织破坏，最后关节僵直及功能丧失。其主要表现为对称性多发性反复发作型关节炎，手足小关节最易受累。早期或急性发病关节多呈红、肿、热、痛和活动障碍；晚期可导致关节破坏、强直和畸形，并有骨和骨骼肌萎缩。在整个病程中，可伴有发热、贫血、体重减轻、血管炎和皮下结节等病变，亦可累及全身多种器官。本病为常见病、多发病。据国外统计，人群发病率为0.25%。美国约有500～600万患者，日本约有100万患者。国内专家估计，我国约有1000万人发病，各省市都有散发。好发年龄为20～45岁。女性发病率高于男性，男女之比约1∶3。大多数情况下，本病不致影响人的生命，但在少数病人中，可造成严重残废，使病人完全丧失劳动能力。也有的学者估计，本病能使病人寿命缩短5～10年。

类风湿性关节炎属于中医“痹证”范畴。根据该病临床症状和性质，以及多关节损害，上、下、左、右移动，交替发作的特点，属于《灵枢》所描述的“周痹”。本病就其在症状上遍历肢节，在病机上与肝肾亏虚有密切关系而言，则符合《金匮要略》中的“历节”病。唐代医家因其疼痛彻骨，状如虎咬，昼轻夜重，又冠以“白虎”二字，称之谓“白虎历节”。朱丹溪等根据其掣痛走注如风状，又称之谓“痛风”；有的医家据其病程长、缠绵难愈而命名谓“顽痹”。上海沈丕安氏认为，急性发作阶段为风热内盛或湿热内蕴，属“热痹”、“历节”范围；晚期为寒湿人络、肝肾不足，属“骨痹”范围。北京焦树德氏把痹病中表现为久久不愈，发生关节肿大、僵硬、畸形、骨质改变、筋缩肉倦、肢体不能屈伸等症状者，统称之谓“尪痹”。中医认为其病因病机多为素体阴阳气血不足，风寒湿热之邪乘虚侵袭，以致气血痹阻而发病。在治疗上以“宣通”为其共同治法，宗寒者温之、热者清之、留者去之，虚者补之的原则，俾气血流通，营卫复常，则痹痛自可逐渐向愈。

目前西医西药治疗类风湿性关节炎尚未有突破性进展。现所动用的非甾体类抗炎药、皮质激素及免疫抑制剂常出现严重副作用和机体免疫失调加重，甚至副作用大于治疗作用，使病情加重，甚则被迫停止治疗。然而采用中医或中西医结合的治疗方法，不但能减轻患者症状，延缓病情发展，增强体质，调节免疫机能，而且可减少西药用量，抵消和避免其不良反应，显示了明显的治疗优势，值得进一步发扬和探索。

第二节 病因病理

一、西医病因病理

（一）病因与发病机理

病因尚不明确。近年来，由于内分泌学、酶学、组织化学，特别是免疫病理学的进展，为深入探讨其病因和发病机理创造了较好的基础条件。虽然国内外许多研究中心在这方面投入了大量的人力物力，但没有重大突破。一般认为其发病与自身免疫、遗传、感染、过敏和内分泌失调等因素有关。

1. 免疫因素

免疫发病机制的主要证据如下：①滑膜组织中有大量淋巴细胞和浆细胞浸润，滑膜液含有 IgG、类风湿因子—IgG—补体形成的不溶性免疫复合物；②循环抗体浓度增高，血清可测得 IgM 类风湿因子和抗核抗体；③类风湿血管炎的发生与血清病相似。这些免疫特征的形成过程决定着类风湿性关节炎的发生和发展，其原始动因可能是感染因素或外伤等。

2. 遗传因素

类风湿因子（RF）阳性的类风湿性关节炎病人的直系亲属患病率是普通人群患病率的 3 倍，而类风湿因子阴性的类风湿性关节炎病人直系亲属及患者配偶的患病率不增高，并发现单卵孪生者类风湿性关节炎发病的一致率（孪生兄弟或姊妹同时都患病）为 33%，而双卵孪生者仅 6%。现已知人类白细胞抗原（HLA）是一个重要的遗传基因系统，位于第六对染色体上，具有 A、B、C、D、DR、DQ 和 DP 位点，每点控制着不同数目的抗原。类风湿性关节炎家属易感性与 HLA—DW_4 及 HLA—DRW_4 相关。HLA—DW_4 在类风湿性关节炎组 60%阳性，对照组 12%阳性。HLA—DRW_4 在类风湿性关节炎组 62%阳性，对照组 24%阳性。推测邻近 HLA—D 和 HLA—DR 位点的类风湿性关节炎易感性基因与发病有关。类风湿性关节炎还考虑与免疫应答基因有关。上述均说明类风湿性关节炎与遗传有关。

3. 感染因素

由于类风湿性关节炎病人有滑膜炎、发热、白细胞升高和血沉增快，故认为本病可能与感染有关。有人怀疑链球菌、类白喉杆菌、支原体、病毒等为类风湿病原体。曾在动物身上用感染的方法制造出类风湿模型，但临床上尚未得到证实，数十年的大量研究尚未能从类风湿性关节炎病人的血液、滑膜液或滑膜中找到某一种恒定的病原体，故感染还是一种可疑因素。

4. 过敏

因本病的病理改变和血清病与用异性蛋白在实验动物中所诱发的过敏状态相似，故认为本病与过敏反应有关。但临床上，病人多无过敏体质的表现。典型过敏性疾病如干草热、哮喘、荨麻疹等的患病率在本病患者中并不比对照组多见。病人的皮肤试验多为阴性，对组织胺的嗜伊红反应与对照组无区别。用病人的滑膜组织、关节液或皮下结节作试验均无反应。

5. 内分泌失调

类风湿性关节炎多见于女性，口服避孕药的女性中发病率较低，妊娠期病情常缓解，更年期出现发病高峰，皮质激素能有效地抑制本病炎症，均提示与内分泌因素有关。有些学者认为，本病与垂体和肾上腺机能低下，或可的松分解不全有关。但分析本病患者的肾上腺皮质和脑垂体激素及甲状腺功能，均无明显降低，且性激素治疗无效。可能肾上腺皮质的盐类激素多于糖类激素，造成结缔组织损伤。

6. **营养代谢障碍**

由于类风湿性关节炎病人常有体重减轻或营养不良，故认为本病有营养代谢障碍。但病人的糖、蛋白质和脂肪代谢均正常，可能为血浆蛋白形式的改变，导致体重下降和骨质疏松等。病人多缺乏维生素 C 和维生素 B_6。

7. **诱因**

寒冷、潮湿、疲劳、营养不良、外伤、精神刺激等，尤其是寒冷、潮湿，常为本病的诱发因素。

前已述及，RA 的病因尚未完全阐明．但其发病过程与免疫反应有密切关系。Glynn 认为 RA 为一种二相性疾病。第一相是感染因子或结缔组织内在代谢异常，在关节滑膜中产生抗原性变；第二相是机体对外源性或内源性新抗原产生自身持久性免疫反应。Harris 则提出，原发性病因因子在组织中持续存在，宿主产生持久性免疫反应，或者是内源性自身持久性扩大机制取代了原发性病因因子的刺激，使疾病继续进展（见图 2—1—1）。

图 2—1—1　类风湿性关节炎的病因和宿主反应[1]

A. 宿主＋病因因子⟶宿主反应⟶疾病（Ⅰ期）

　疾病（Ⅰ期）＋病因因子⟶慢性疾病

B. 宿主＋病因因子⟶宿主反应⟶疾病（Ⅰ期）

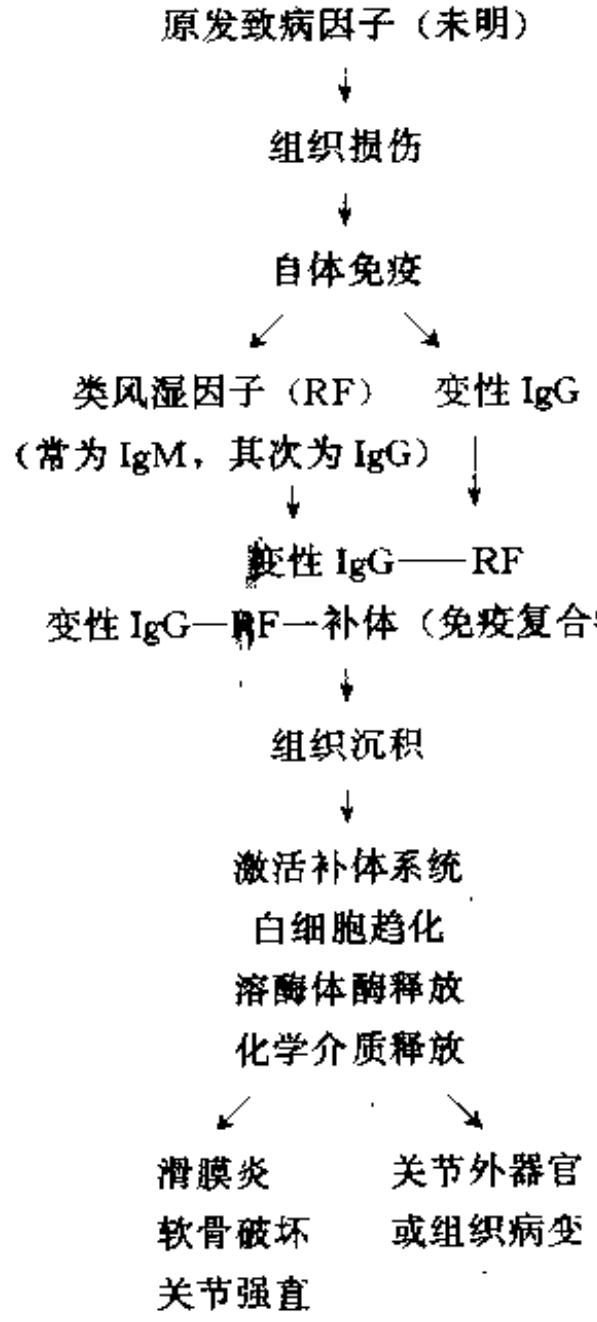
　疾病（Ⅰ期）＋宿主反应⟶疾病（Ⅱ期）

　疾病（Ⅱ期）＋〔宿主反应＋疾病（Ⅰ期）〕⟶疾病（Ⅲ期）等

注：A 表示原发病因继续存在；B 表示自身持久性扩大机制的宿主反应，不一定需要原发病因因子持续存在

综合近年来对类风湿性关节炎发生发展机理的认识，现将其发病机理简述如下：①由未明的致病因子引起组织损伤导致自体免疫反应；②类风湿因子与变性 IgG 形成免疫复合物；③免疫复合物沉积，损伤组织激活补体系统，引起中性粒细胞趋化、吞噬，释放溶酶体酶、胶原蛋白、弹力硬蛋白酶等物质；④膜磷脂类形成花生四烯酸促使化学介质释放引起血管炎；⑤以上介质引起滑膜增殖、血管翳形成、软骨腐蚀，使更多的介质释放加重炎症反应，促使多核白细胞从血管中逸至炎症区域；⑥导致关节和关节外的组织病变。类风湿性关节炎发病原理见示意图（2—1—2。）

图 2—1—2 类风湿性关节炎发病原理示意图



（二）病理

1. 关节病变

类风湿性关节炎的基本病理是滑膜炎。在疾病发展过程中，滑膜病变大致包括炎症（渗出、浸润）、增生、肉芽组织形成诸阶段。早期以滑膜渗出性病变为主，血管扩张、水肿，滑膜表层有纤维蛋白释出，关节腔内有大量中性白细胞渗出液，继有以淋巴细胞为主的浸润，也可有浆细胞及多核巨细胞浸润，并在局部聚集，有形成滤泡倾向。后随病情发展，关节病变逐渐转为变性，炎性细胞则以浆细胞为主。滑膜增生，肉芽组织形成，其中除增生的纤维母细胞和毛细血管使滑膜绒毛变得粗大外，并有淋巴滤泡形成。滑膜细胞增生可形成肉芽血管翳，在增生的滑膜细胞或淋巴、浆细胞中，可检出类风湿因子、γ球蛋白或抗原—抗体复合物，且可向关节腔内的软骨面生长，发生粘连。软骨因与滑膜液相接触，影响其正常代谢，血管翳又释放某些水解酶，对关节软骨、骨、韧带和肌腱的胶原基质发生侵蚀作用。最终肉芽组织发生纤维化或骨化，使关节面相互融合，形成纤维性或骨性强直。关节附近皮肤、肌肉萎缩、骨骼脱钙或骨质疏松。

2. 皮下结节（类风湿结节）

约 20%的病人可见皮下结节，其中心为一团坏死组织，其中还残留着细胞、纤维素、胶原和网状纤维的碎片，边缘为栅状排列的成纤维细胞及少数多核巨细胞，细胞的排列方向均与坏死区垂直，外层为有单核细胞浸润的肉芽组织。这种病变具有特征性意义。

3. **血管炎**

类风湿性血管炎相当常见，是类风湿性关节炎的基础病变之一。主要累及小动脉，其病变可自严重的坏死性血管炎到局限性节段性动脉炎不等。血管炎多为全层动脉炎，单核细胞浸润、内膜增生可引起栓塞。少数病例较大动脉受侵，与结节性多动脉炎难以区分，可引起神经病变、皮肤溃疡或穿孔。血管炎已被列为恶性类风湿性关节炎的主要病理变化，多见于类风湿因子阳性的病人。

4. **其他病变**

与皮下结节相似的病变可发生在眼、心脏和肺脏。眼病变多累及巩膜；心脏病变多无临床症状；肺坏死结节性病变很少见，结节可为单发或多发，常形成空洞或钙化。局部淋巴结肿大很常见，肿大的淋巴结呈非特异性增生，可形成明显的生发中心，浆细胞少见，淋巴窦中可见许多网状细胞。偶见少许神经内、外膜炎性细胞浸润。继发的淀粉样变性的现象如蛋白尿和肝、脾肿大等，临床上非常少见。

二、中医病因病机

中医学对痹证病因病机的论述最早见于《内经》。《素问·痹论》曰："风寒湿三气杂至，合而为痹也"，"饮食起居，为其病本"，"所谓痹者，各以其时复感于风寒湿之气也"，以及"其寒者，阳气少，阴气多，与病相益，故寒也；其热者，阳气多，阴气少，病气盛，阳遭阴，故为痹热"。说明痹为风寒湿邪侵袭所致，并与饮食起居、四时季节交替、气候变化及患者体质密切相关。汉代张仲景以"虚"立论，论述了因虚致痹的病因病机，其在《金匮要略·中风历节病脉证并治》中说："营气不通，卫不独行，营卫俱虚，三焦无所御，四属断绝，……便为历节也"。《中藏经》提出暑邪亦可致痹，在《五痹》篇中说："风寒暑湿之气中于人，则使之然也"。唐宋医家在病因病机上更注重"虚"，如《大平圣惠方》提出了"肾弱髓虚"的病变机制。明清医家对痹证的研究又有新的突破，如王孟荣的痹证久不愈的"痰浊"说，叶天士的"久痛入络"说，均对痹证病因病机的认识有一定意义。根据本病的临床表现和特点，结合前贤论述，对其病因病机阐述如下：

（一）肝脾肾亏损

是本病发生的内在因素。肝藏血，主筋，其华在爪，为罢极之本，疏畅气血，调达情志。肾主骨、生髓，为先天之本；肾中元阳之气，化生卫气，抗御病邪。脾胃为气血生化之源，后天之本，主肌肉及四肢。若先天禀赋不足，后天虚劳损伤，皆可造成三脏亏损。三脏亏损在本病发生发展中的病变机制主要为以下三方面：①关节、筋骨、肌肉失养，至虚之处，即为客邪之所，外邪得以乘袭；②气血津液不足，营卫气馁，卫外不固，御邪能力低下，反复感邪，屡发不愈；③营卫气血涩滞不行，壅遏于骨节周围而化热、酿痰、留瘀，使关节肿胀变形疼痛，屈伸不利。三方面相互影响，相互促进，以致正虚邪恋，邪凝骨骱，最终形成虚实相兼、寒热错杂之顽痹痼疾。因此，肝脾肾三脏亏损，无论在发病之先或在患病之后，均起着重要作用，即决定着正气抗邪的反应状态、自身阴阳气血的调节功能，也决定着邪正消长、病情进退等病理转归和预后。

（二）邪气入侵

正气不足，邪气易干。患者或因饮酒当风，或汗出入水，或贪凉卧露，或居处环境阴寒潮湿，均可使风寒湿热之邪乘虚入侵，气血痹阻而发病。风为阳邪，善行数变，游行全身，遂使多处关节同时罹病，或数处关节先后接踵发病。诚如《圣济总录·诸痹门》所说："风为阳气，善行数变，故风行盛则为行痹。其证上下左右，无所留止，随其所致，气血不通是也。"寒为阴邪，其性凝滞收引，不仅使筋骨屈伸困难，亦使营卫气血阻滞不行，疼痛难忍。如《素问·举痛论》说："寒气入经而稽迟，泣而不行，客于脉外则血少，客于脉中则气不通，故卒然而痛。"湿为阴邪，其性粘滞重着，留滞经络关节，阻遏气血，涩滞不畅，以致患处肿胀疼痛，重着不移，或伴肌肤麻木，酸楚，缠绵难愈。热邪致病，每因感于外界阳热之邪，或素体阳盛，又感风寒湿之邪，郁而化热，犯于经络血脉，浸及全身，熬津炼血，血受炼灼，则瘀热互结，津受煎熬，化而为痰，热痰瘀阻于关节经脉，聚而成毒，精气大伤，遂使疾病迅速发展。临床上，风、寒、湿、热诸邪，每相合而为病，但感邪有所偏重，且风寒湿邪久郁又易化热，故应注意掌握证候病机特点，庶免致误。

（三）跌仆外伤

临床上，部分患者在发病之先，有局部外伤史，每于气候变化，感受寒湿之后则局部酸胀疼痛，且即病之后旧伤局部肿痛尤甚，说明跌仆外伤也是本病发生不可忽视的因素。此外伤致病论缘于王清任"痹病有瘀血说"，王肯堂也曾论及"有瘀血"可致痛风。瘀血致病的病因或由于用力举重，或因扭挫跌仆，或因外伤暴力等，造成局部脉络瘀滞，血行不畅，或溢于脉外之败血、死血留滞，循经之血不能正常濡养筋骨肌肉，复受外邪，虚处客邪而发病。

（四）内舍脏腑

本病日久，邪气久羁，耗伤气血，正气益虚，则邪气循经内舍脏腑。脏腑受损，一则出现相应的症状，如心病者，心慌气短；肺病者，喘咳不足以息；脾病者，脘胀不能食；肝病者，胁痛胀满；肾病者，腰痛浮肿。二则又可产生新的瘀血、痰浊等病理产物，使病情益加顽缠难愈。

第三节 诊 断

一、辨病·西医诊断

（一）症状与体征

本病起病方式可隐匿，也可急骤。75%为隐匿起病。在关节未变形之前，容易与多种关节炎以及某些免疫性疾病相混淆。因此，对其症状和体征应认真分析，以便早期明确诊断。

1. 全身症状

病人常有乏力、低热、纳差、体重减轻、肌肉酸痛、手足麻木、手指发凉、贫血等症状。

全身症状可出现于关节症状之前的数周或数月。这些症状可能与免疫复合物对机体损害、营养不良、血管舒缩功能失常、精神不振以及长期服用消炎止痛药，影响肠胃正常消化功能和抑制骨髓的造血功能等因素有关。

2. **关节表现**

除少数患者最初症状为单一的关节炎外，大多数患者呈对称性的多关节炎。受累关节以腕、指、膝、趾关节为最常见，其次为踝、肘、肩等关节。跟骨、颈椎及骶髂关节最少（见表 2—1—1）。

表 2—1—1　RA 主要关节的发病率[2]

部位	最初发病率　%			最后发病率%
	右　侧	左　侧	两　侧	
掌指关节	65	58	52	87
腕关节	60	57	48	82
近端指间关节	63	53	45	63
膝关节	35	30	24	56
踝关节	25	23	18	53
趾跖关节	48	47	43	48
肩关节	37	42	30	47
肘关节	20	15	14	21

（1）晨僵：晨僵是指患者晨间醒后或晨起后关节发紧、困板、僵硬，肢体活动不适或活动受限，在活动后减轻。晨僵是类风湿性关节炎的重要诊断依据之一。其原因为受累的关节一夜之间不活动，关节内、外软组织因循环不畅而产生水肿，失去正常的柔软性，因而关节活动不灵；经过一段时间的活动后，水肿液渗入淋巴管或小静脉而消失，关节内、外软组织恢复其柔软性，因而关节活动又趋向灵活，僵硬现象消失。本病的晨僵多以手指、腕关节为著。晨僵可分为轻、中、重三度。晨起 1 小时内僵硬缓解为轻度；晨起 1～4 小时内僵硬缓解为中度；晨起 4 小时以上僵硬才缓解或终日僵硬为重度。

（2）疼痛：疼痛是类风湿性关节炎的典型症状之一。往往指、腕、趾、踝关节首先疼痛，或单发、或多发，此起彼伏，逐渐波及肘、肩、膝、髋以及颞颌关节，多呈对称性发病。疼痛的程度与病变轻重及个体耐受性有关，常因天气变化、寒冷刺激、情绪波动而加重。疼痛的特点是静态和持续活动时加重，在适当的轻微活动后疼痛减轻。疼痛的原因是由于滑膜炎引起关节腔内压增高，以及炎性代谢产物堆积，对游离神经末梢过度刺激所致。

类风湿性关节炎的初期，当表现为四肢小关节呈游走性疼痛时，其疼痛程度较轻；当疼痛从四肢小关节渐向大关节累及和疼痛部位由游走转向相对固定时，其疼痛程度较重。当关节持续剧烈疼痛时，肢体活动受限，多为活动期。病情相对稳定，关节呈钝痛时，多为缓解期。

附：1983 年痹病专题讨论会制定的疼痛等级测定标准

Ⅰ　不痛。

Ⅱ　疼痛能够忍受，对休息或工作没有明显影响。

Ⅲ　疼痛难忍受，严重影响休息或工作。

Ⅳ　疼痛不能忍受，甚至不能休息或工作，需要配合止痛药物或疗法。

Ⅴ 常规止痛药物或疗法无效，必须用强止痛药或者多种止痛药物或疗法。

（3）肿胀：关节肿胀是类风湿性关节炎的一个很重要的客观体征。表现为关节周围弥漫性肿大，四肢小关节易肿，手指关节多呈梭形肿大，膝关节多呈鹤膝样肿。肿胀早期由滑膜充血、水肿、关节腔渗出及关节周围组织水肿引起；中晚期多由纤维组织增生所致。关节的肿胀及局部皮色变化与病理的发展有关。受累关节肿胀不甚，局部皮色不红，肿胀向其他关节漫延慢，病情相对稳定，多为隐匿发展者。受累关节肿胀明显，局部皮色红，肿胀向其他关节漫延较快，多为急性发展者。X 线检查可见肿胀的关节软组织密度增高，关节间隙因渗液增多而略增宽。

（4）关节摩擦音：类风湿性关节炎的病人关节活动时，用手掌可触到细小的捻发音或有握雪感，一般以肘、膝关节易触及，此提示滑膜炎已发展到关节软骨。

（5）活动障碍：是类风湿性关节炎的常见体征。早期关节活动障碍主要由于滑膜和周围组织的炎症、水肿、关节腔积液、关节内压力增高而引起剧烈疼痛，以及肌肉痉挛、屈肌保持不随意收缩而伸肌松弛；中晚期关节活动障碍主要由于关节囊和肌腱出现炎症致纤维组织增生、软骨与骨糜烂引起；后期继发骨质增生而导致骨的纤维性和骨性强直，关节间隙变窄以致消失，逐渐出现关节脱位或固定变形，最终导致关节活动完全丧失。

各个关节活动障碍的表现多种多样。指关节表现为握拳不合，握力下降；腕关节表现为背屈或掌屈，内收、外展活动受限；肩关节表现为上举、屈伸、旋转受限而不能穿衣、梳头；颞颌关节表现为张口咀嚼困难；膝关节表现为屈曲、伸直活动障碍而行走困难，不能蹲站；喉环杓关节的韧带固定可致吞咽困难、声音嘶哑等。各个关节活动障碍，更加重骨骼肌萎缩。

附：1983 年全国痹病专题讨论会制定的关节功能测定标准

Ⅰ 可以做各种活动。

Ⅱ 虽一个或多个关节不适或活动受限，但可以从事正常活动。

Ⅲ 关节活动明显受限，不能从事一般职业活动。

Ⅳ 关节活动障碍，部分生活可以自理，需人照顾。

Ⅴ 卧床或坐椅，生活完全不能自理。

（6）关节畸形：类风湿性关节炎病至后期可出现关节畸形。由于关节周围肌肉、韧带等受到破坏，使关节产生某种特殊的畸形及运动异常。类风湿性关节炎以手部和足部畸形最有特征，也较常见，分别称为“类风湿手”和“类风湿足”。这是此类病人典型的“标记”。常见的手部畸形有：尺侧偏斜（掌指关节半脱位，全手伸向外侧）；鹅颈畸形（近端指关节过伸，远端指关节屈曲）；扣眼畸形（近端指间关节屈曲，远端指关节过伸）；鸡爪畸形（手指固有肌挛缩及关节囊和皮肤皱缩）等。常见的足部畸形特征有：跖趾关节半脱位及拇指外翻，以及向腓侧偏移和跖趾关节偏向跖侧，可引起严重的疼痛及步行困难。

3. **关节外表现**

（1）类风湿性结节：出现于 15～25％的患者，多位于关节隆突部及经常受压处（如肘关节鹰嘴突），结节可粘附于骨膜、肌腱或腱鞘上。其形状小如绿豆，大如蚕豆，质较坚韧。数量不多，有时只有一个。结节存在时间较长，可达数月或数年之久，治疗后数天至数周可消失。结节多见于类风湿因子效价高的患者，多反映病情有活动性。

（2）类风湿性血管炎：类风湿性血管炎首先损害微循环血管，多表现为毛细血管炎及血管炎，可累及全身任何器官。多发生于病情较重、关节炎表现明显、类风湿因子效价高的患

者。由于严重血管炎，患者血补体可降低，冷球蛋白增加，血管壁可查见免疫球蛋白及补体沉积。血管炎被认为是由免疫复合物引起的。

类风湿性血管炎的临床表现为：①肢端小动脉炎，轻者指甲下有细小梗塞灶，重者引起肢端坏死。②小腿引起缺血性溃疡。③神经炎，常足、腕下垂，或肢体远端感觉异常，可相继在对侧发生。④无菌性骨坏死。⑤内脏动脉炎，可累及心、肺、肠、肾、肝、脾、胰，以及眼和大脑。⑥皮肤紫癜，多高出皮面，活检可获得确认。

（3）心脏损害：心脏损害表现在心肌、心内膜、心包膜及二尖瓣基底部，临床上一般无症状，但尸检及超声波检查发现率较高。类风湿性心包炎、心肌炎、心内膜炎、类风湿性关节炎活动时可出现症状，但不发生心力衰竭，经过治疗症状大都很快消失。

（4）肺部损害：类风湿肺病可分为五型：①胸膜病；②间质纤维化；③结节性肺病；④肺炎；⑤动脉炎。这些肺部疾病多见于重症病人，并与其他关节外症状平行。其鉴别诊断往往比较困难，常需与肺结核、胸膜炎、肺炎、肺癌、支气管扩张等症一并鉴别。严重的多关节炎、血中类风湿因子阳性和其他关节外合并症的发现常有助于诊断。

（5）眼部病变：15～20%的病人可出现浅表性巩膜炎。在巩膜表层疏松结缔组织有小的类风湿结节，并可累及深层巩膜，表现为剧痛、畏光、视力减退，严重者可致青光眼或眼球穿孔。也有的合并虹膜炎、脉络膜炎、干性角膜结膜炎。

（二）实验室及其他检查

1. 血液检查

病人多数有轻、中度贫血，为正细胞正色素性贫血。白细胞正常或增高，少数重症病人嗜酸粒细胞增高。部分有关节外表现者血小板数增高，血沉在活动期增快，缓解期下降，血沉快慢一般与病情变化一致，可作为活动期的指标。血浆蛋白电泳早期 α_2 增加，随病情进展的慢性化，γ球蛋白增高。

类风湿因子（RF）：在70～80%的患者中阳性。但阴性不能排除或不能完全排除类风湿性关节炎。类风湿因子效价高低和病情的严重程度不平行，但是可以表明疾病的活动情况。单纯类风湿因子阳性不足以诊断类风湿性关节炎，但与其他资料综合考虑，仍有诊断意义。

C-反应蛋白（CRP）：在本病早期和急性风湿活动时，其含量越多，表示炎症越明显。对判定炎症程度和疗效。监视治疗过程中病情活动性变化方面有着重要意义。

循环免疫复合物（CIC）：对本病诊断无特异性，但病情活动时则CIC浊度升高，对病情活动性判定有重要意义。

免疫球蛋白：免疫球蛋白的测定与年龄、病情、使用激素等情况有关。本病的免疫球蛋白升高率为50～60%，多为IgG、IgM及IgA升高。一般在本病早期IgM增高；中期IgG增高，IgA也可增高，病情活动时增高更明显，特别是IgG增高最明显。

抗核抗体（ANA）：本病中约有20～50%ANA呈阳性，伴有虹膜睫状体炎者阳性率高，且可在发病之前出现。

协同抗核抗体（抗RANA抗体）：近年来发现抗RANA抗体是诊断本病的一项强有力的证据。在类风湿因子阳性的本病中阳性率为95%，而在健康人对照组中阳性率仅为16%。抗RANA抗体与本病的病程、活动性无关，一般认为抗RANA抗体可作为区别血清阳性与血清阴性类风湿性关节炎的一个标志。

2. **关节腔穿刺**

滑膜液为不透明草黄色渗出液，白细胞计数一般为每立方毫米 10000～60000 或更高，中性粒细胞＞50～75%，葡萄糖及补体含量均减少，可找到类风湿细胞、类风湿因子阳性、细菌培养阴性。

3. **X 线检查**

对本病诊断意义较大。早期可见关节周围软组织肿胀，关节附近有轻度骨质疏松；中期可见关节面不规则，关节边缘有骨质破坏或囊状透亮区，骨质疏松明显，关节间隙变窄；晚期可见明显的骨质疏松征，骨性融合，骨性强直，关节脱位、半脱位等畸形改变。

附：1983 年全国痹病专题讨论会制定的 X 线分期

Ⅰ （早期）普遍性骨质疏松和软组织肿胀。

Ⅱ （中期）除上述所见外，还有骨膜边缘腐蚀，软骨下囊性改变和关节间隙狭窄。

Ⅲ （晚期）除上述所见外，还有关节严重破坏，骨质吸收、脱位或畸形。

Ⅳ （末期）关节已呈纤维性或骨性强直。

（三）诊断要点

1. **诊断**

典型病例根据其发病多在青壮年。关节炎呈对称性，最常侵入四肢小关节特别是掌指及近端指关节，感晨僵，有类风湿结节，血中类风湿因子阳性，以及典型的 X 线表现。诊断并不困难。晚期病例除上述表现外，更有关节畸形，如掌指关节尺侧偏斜，更易确诊。早期轻型或不典型病例，如开始为单关节炎者，起病急并发高热者，则需行更多检查，排除其他疾病，并进行随访观察。兹将美国风湿病学会、纽约（NY）和中国中西医结合研究会制定的诊断标准摘录于下，以供参考。

（1）美国风湿病学会标准（1964 年）

①清晨僵硬感。

②至少有 1 个关节痛或压痛。

③至少 1 个关节有肿痛。

④至少有 2 个以上关节肿胀（这两个关节起病间隔期不超过 3 个月）。

⑤对称性关节肿胀（近端指、趾关节不一定完全对称）。

⑥皮下结节位于伸面或关节周围骨骼突起处。

⑦类风湿性关节炎的典型 X 线征（不仅有退行性变化，还有病变关节邻近部位骨质疏松）。

⑧类风湿因子阳性。

⑨滑囊液有不完全粘蛋白沉淀。

⑩滑膜的特征性组织改变有 3 种以上：明显的绒毛增生，表浅骨膜细胞增殖常呈栅栏状；明显的炎性细胞浸润，并有形成“淋巴样结节”的趋象；浓密的纤维蛋白在表面或间质中沉着；坏死病灶。

⑪结节的特征性改变为肉芽肿，其中心有细胞坏死，围绕有增殖的巨噬细胞的栅栏，四周有慢性炎细胞浸润和纤维性变。

在以上 11 项中，具备 7 项以上者，为典型类风湿；具有 5 项以上，则可诊断为类风湿；

具备 3 项以上者为可疑类风湿。

（2）美国风湿病协会修订标准（1987 年）

①晨起关节僵硬至少 1 小时（≥6 周）。

②3 个以上关节肿胀（≥6 周）。

③手关节或掌指关节或近端指间关节肿胀（≥6 周）。

④对称性肿胀。

⑤手的 X 线改变。

⑥皮下结节。

⑦类风湿因子阳性。

如具备 4 项以上指标即可确诊。

（3）纽约（NY）类风湿性关节炎的诊断标准（见表 2—1—2）。

表 2—1—2　纽约（NY）类风湿性关节炎的诊断标准

1. 三个痛性四肢关节发作病史，每组关节（如近端指间关节）作为一个关节计算，每侧分开计算
2. 三个四肢关节肿胀，活动受限，半脱位及/或强直，必须包含：①至少一只手、腕或脚，②一对对称性关节。排除：a. 远端指间关节。b. 第五个近端指间关节。c. 第一跖趾关节。d. 股关节
3. X 线摄片见到关节侵蚀性病变
4. 血清类风湿因子（RF）阳性
1、2 两条加 3 或 4 条才能成立诊断

NY 的诊断标准是 1966 年 Bennett 等所提出。此诊断标准虽然仅 4 条，但其要求较前二者为严格。

（4）全国中西医结合风湿病学会修订标准（1988 年）

①诊断标准

a. 症状：以小关节为主，多为多关节肿胀或小关节对称性肿痛（单发者须与其它鉴别，关节症状至少持续 6 周以上），晨僵。

b. 体征：受累关节肿胀压痛，活动功能受限，或畸形，或强直，部分病例可有皮下结节。

c. 实验室检查：RF 阳性，ESR 多增快。

d. X 线检查：重点受累关节具有典型的类风湿性关节炎 X 线所见。

对具有上述症状和体征者，或兼有 RF 阳性，或兼有典型 X 线表现者均可诊断。

②分期

a. 早期：绝大多数受累关节有肿痛及活动受限，但 X 线仅表现软组织肿胀及骨质疏松。

b. 中期：部分受累关节功能活动明显受限，X 线显示关节间隙变窄或不同程度骨质侵蚀。

c. 晚期：多数受累关节出现各种畸形，或强直，活动困难，X 线片显示关节严重破坏，脱位或融合。

2. 鉴别诊断

因类风湿性关节炎常以多种形式出现，故需与之鉴别的疾病甚多。现将常易引起诊断困难的疾病介绍如下：

（1）强直性脊柱炎：强直性脊柱炎绝大多数为男性发病，发病年龄多在15～30岁。有明显家族史，HLA-B_{27}阳性率达90%以上；类风湿因子阴性，类风湿结节少见。主要侵犯骶髂关节及脊柱，四肢大关节也可发病，易导致关节骨性强直，椎间韧带钙化，脊柱呈竹节状。手和足关节极少发病。如果四肢关节发病，半数以上为非对称性。X线改变除骶髂关节炎外，可见新骨形成。属良性自限性疾病。

（2）风湿性关节炎（风湿热）：本病多见于儿童及青年，常以急性发热及关节痛起病。主要侵犯下肢大关节，如踝关节及膝关节，腕、肘及肩关节也可被侵犯。关节红、肿、热、痛，呈游走性，一处关节炎症消退，另处关节起病。炎症消退后不留永久性损害。X线关节摄片无骨质异常，不变形。血清类风湿因子阴性，抗溶血性链球菌素O、抗链激酶及抗透明质酸酶均阳性。水杨酸制剂疗效迅速而显著。

（3）骨关节炎：本病是非炎性、退行性的关节疾病，俗称骨质增生或骨刺。发病年龄多在40岁以上，老年多见。一般营养状况好，无周身症状。多为负重关节受累，如膝、脊柱等。关节无红肿，关节畸形和肌肉萎缩少见；X线示骨质增生或骨刺形成，关节间隙可变狭窄及骨质致密。关节液呈非炎性所见，血沉正常，类风湿因子阴性。

（4）痛风及假性痛风：无论急性或慢性发作，皆易与类风湿性关节炎混淆。关节液如查到尿酸或焦磷酸钙结晶则可确诊。如不能取得关节液，滑膜切取活检也有帮助。痛风病人血尿酸明显增高；耳壳、尺骨鹰嘴、胫骨结节或足部可见痛风石；X线片可见关节旁骨质多发性溶骨性破坏。假性痛风X线片可见关节软骨钙化。

（5）皮肌炎—多发性肌炎：约1/3病人出现关节炎症状，如关节疼痛、肿胀、压痛及关节腔积液等，早期不易与类风湿性关节炎鉴别。但肌力减退比类风湿性关节炎明显，抓住这一点，常可导致作出正确的诊断。血清酶SGOT、SGPT、CPK、醛缩酶增高，肌肉活检见到变性、坏死及再生，伴有单核细胞浸润，关节摄片无侵蚀性骨改变。

（6）结核性关节炎：为全身结核病之一，好发于儿童及青少年。关节发病率依次为脊柱、髋、足、膝及踝关节等；有结核病史及低热、盗汗等结核病毒性症状。初期关节肿胀、疼痛，常侵犯单个关节，不呈对称性；后期关节腔变窄，骨质有局限性破坏，常伴寒性脓肿及瘘管形成。结核菌素皮试呈强阳性反应，类风湿因子阴性；抗痨治疗有效而抗风湿治疗无效。

（7）系统性红斑狼疮：本病多发于青年女性，可引起对称性多关节炎，但很少发展为骨质破坏或关节脱位、畸形等不可逆改变。雷诺氏现象常见，而皮下结节罕见；面部红斑及内脏损害明显，多数有肾损害，出现蛋白尿；狼疮细胞常为阳性，抗核抗体及抗DNA抗体的滴度都增高。

二、辨证·中医诊断

（一）辨证要点

1. 辨虚实

本病初起多为风寒湿热之邪乘虚人侵人体，阻闭经络气血，以邪实为主。如反复发作，或渐进发展，经络长期为邪气壅阻，营卫不利，湿聚为痰，络脉瘀阻，痰瘀互结，多为正虚邪实。病久入深，气血亏耗，肝脾肾虚损，肌肉筋骨脉络失养，遂为正虚邪恋之证，以正虚为

主。上述只是就一般情况而言，但临床上以肝脾肾气血先亏而感于外邪者，开始即出现以虚为主，或本虚标实亦复不少；而病程日久，或寒湿久羁，或湿热留住，或痰瘀胶结，虚实夹杂，以邪实为主者，也较常见。

2. **辨患者体质**

阳虚体质者，多呈虚胖体型，面白，畏寒肢冷，多汗恶风，神疲乏力，倦怠嗜睡，尿清便溏，舌淡胖，脉虚。病之者多呈风寒湿痹。

阴虚体质者，多呈瘦削体型，面色苍黑，或面黄颧赤，五心烦热，潮热盗汗，失眠多梦，便秘溲赤，舌红，脉细数。病之者多为风湿热痹。

3. **辨病邪特点**

风：关节游走性疼痛，痛无定处，遇风疼痛加重，或恶风，苔薄白，脉浮。

寒：关节疼痛较重，痛有定处，遇寒加剧，得温则减，畏寒喜暖，关节屈伸不利，苔白，脉紧。

湿：关节酸痛重着、濡肿，或肢体麻木沉重，阴雨天加重，苔白腻，脉濡。

热：关节局部皮肤灼热红肿，疼痛剧烈，手不能触，多伴发热、口渴，舌红苔黄，脉数。

风寒湿热诸邪往往“先后杂至”，合而致发本病。掌握了上述病邪的特点，辨证上才能分清主次，治疗上才能突出重点。

4. **辨痰瘀特征**

痰浊：痰浊阻滞关节肌肉经络，则多见关节肿胀，甚则关节上下肌肤漫肿，肢体顽麻疼痛，或有痰核硬结，多伴头昏目眩、胸脘满闷、纳呆、泛吐痰涎等。舌苔白腻，脉濡缓。

瘀血：瘀血内阻，经络不通，肢体失荣，则多呈关节肌肉针刺、刀割样疼痛，部位固定不移，痛处拒按，日轻夜重，局部肿胀或硬结、瘀斑，面色黯黧，舌紫暗或有瘀斑，脉沉涩。

久病多瘀，亦多痰。凡本病日久不愈，用常法止痛效果不明显者，都应考虑内有痰瘀。其中关节肿痛多为痰瘀交阻，关节肿大多为有形之痰瘀留滞其间。湿未成痰者多漫肿，按之柔软，疼痛一般并不剧烈；痰瘀互结则按之稍硬，肢体麻木或疼痛。

（二）辨证分型

根据本病的临床表现分为实证和虚证两大类。实证包括风寒湿痹阻证、热毒痹阻证、湿热痹阻证、寒热错杂证、痰浊痹阻证、瘀血痹阻证；虚证包括气血两虚证、肝肾阳虚证、肝肾阴虚证。现分别就其临床表现和辨证分析简述如下。

1. **实证**

（1）风寒湿痹阻证

本证为风寒湿邪乘虚侵袭，经络闭阻而致，其性总属寒。临床以肢体关节冷痛沉重。痛处游走不定，局部肿胀，关节屈伸不利，甚则关节畸形。气候剧变则痛剧，遇寒痛增，得温则减，恶风畏寒，舌淡红或暗淡，苔薄白或白腻，脉浮紧或沉紧或弦缓为主要表现。由于人体素质不同及感邪有所偏重，因而本证型又分为风邪偏胜、寒邪偏胜、湿邪偏胜三型。

①风邪偏胜

[临床表现] 关节走串疼痛，痛无定处，以四肢小关节为主，双侧交替作痛，或单侧关节交替作痛，关节可有轻度红肿，汗出恶风，有时兼有寒热，舌淡红，苔薄白，脉浮缓。

[辨证分析] 风性善行、走窜不定，风挟寒湿伤及筋骨关节，则关节走窜疼痛，痛无定处；

风邪易伤四末，故以四肢小关节多见；风胜则肿，故关节可有轻度红肿；风伤筋，故肿痛多表现在关节周围；风性开泄，风伤营卫，故汗出恶风；正邪抗争于卫分，故可兼寒热；脉浮缓为风邪所伤之征。

②湿邪偏胜

[临床表现] 关节疼痛、肿胀，痛处较为固定，肢体困重麻木，四肢活动不灵，关节僵硬，遇阴雨天或居潮湿之地加重，得热得按可稍减，或伴泛恶、纳呆，或见皮下结节，舌质淡，苔白腻，脉濡缓。

[辨证分析] 湿为阴邪，其性重浊粘滞。湿邪侵入肌表经络，浸渍于筋膜，留注于关节，则关节肿痛，部位较为固定，肢体困重、麻木。肢体关节笨重难移，因而四肢活动不灵。遇阴雨天或居潮湿之地，湿邪得助，故诸症加重。湿胜则阳微，故喜暖畏寒，得热熨、按摩之后，阳气暂时得到宣通，故诸症稍减，但移时湿邪复聚，则又复如故。湿邪凝于皮下，则皮下结节。湿碍脾胃，故泛恶、纳呆；舌淡、苔白腻、脉濡缓均为湿困之象。

③寒邪偏胜

[临床表现] 关节疼痛剧烈，甚则如刀割针扎，逢寒则剧，得热则缓，日轻夜重，痛处较为固定，常有冷感，以小关节多见，晨间僵硬，关节活动障碍，受累关节皮色不红，舌暗苔白，脉弦紧。

[辨证分析] 寒为阴邪，其性凝滞，寒侵关节，气血为寒邪所遏，经络不通，故关节疼痛，固定不移；寒主痛，故疼痛剧烈；寒凝而阳气不畅，不能外达四末，故小关节受累多见。寒凝气血，逢卧人静更碍血行，复加之痛剧，故疼痛日轻夜重；寒凝气血，伤人阳气，以致产生瘀血、痰湿，痰瘀交阻，故晨僵，关节活动障碍；遇热后寒邪暂散，气血又复流通，故痛可暂减。遇寒则血气愈加凝涩，故疼痛加剧；舌暗苔白，脉弦紧，为寒邪所伤之征。

(2) 热毒痹阻证

[临床表现] 关节红肿热痛，疼痛剧烈，痛不可触，得冷则舒，关节活动障碍，或皮下结节，其色红紫，大便干结，小便短赤，身热，烦躁，口渴，舌红苔黄，脉数。

[辨证分析] 素体阳盛或阴虚内热，感受风寒湿邪，郁而化热，或感受热毒所致。热为阳邪，热盛化火，火极为毒，热毒交炽，流于关节、筋骨、肌肉，血脉壅滞，痹阻不通，故关节红肿热痛，疼痛剧烈，关节活动障碍。热瘀结于皮下，故见皮下结节，其色红紫；邪毒充斥内外，伤津耗液，故身热，烦躁，口渴，便秘溲赤；舌红苔黄，脉数，皆为热盛毒炽之象。

(3) 湿热痹阻证

[临床表现] 关节红肿热痛，以四肢小关节肿势显著，肢体困重，晨间僵硬，皮下结节，低热或身热不扬，口渴不欲饮，烦闷不安，小便赤涩热痛，大便粘滞不爽；舌红，苔黄腻，脉濡数或滑数。

[辨证分析] 素体阳盛，感受风寒湿邪，经久不愈，邪留经络，蕴化为热，或感受湿热之邪所致。热为阳邪，其性属火，湿为阴邪，重浊粘腻，湿胜则肿。湿热交阻于经络关节，故关节红肿热痛，肢体困重。湿热薰蒸内外，故见低热，身热不扬，口渴不欲饮，烦闷不安，小便热赤，大便不爽。湿热交蕴于肌肤，蕴壅滞塞于营血，故可见皮下结节。湿热浸淫关节肌肉，碍于气血运行，故见晨僵。舌红苔黄腻，脉濡数或滑数，均为湿热交阻之象。

(4) 寒热错杂证

[临床表现] 关节烦痛，扪之局部发热，遇寒加重。关节屈伸不利，甚则僵硬强直、变形，

形寒，或近热则欲寒，或近寒则欲热，心烦尿赤，或口渴欲热饮，或发热畏寒，或身热欲盖衣被。舌红苔白或舌淡苔黄，或舌苔黄白相兼，脉弦数或弦紧。

[辨证分析] 人之素质有别，感邪季节不同，以及病后调治适时、恰当与否，三者相互影响以决定本病的发展趋势和寒热性质。若病邪偏寒而机体阳气偏盛，或病邪偏热而机体阴气偏盛，皆可产生寒热错杂证。寒热交争于关节，则关节烦痛，扪之局部发热，但遇寒加重；热居于内，则心烦尿赤；寒交于外，则形寒；寒热相搏，则近热欲寒，近寒欲热，口渴欲热饮；发热畏寒，身热欲盖衣被，舌红苔白或舌淡苔黄，脉弦数或弦紧，皆为寒热错杂之象。

(5) 痰浊痹阻证

[临床表现] 关节肿胀疼痛、活动障碍，或关节畸形，关节上下肌肤漫肿，肢体顽麻，皮下结节，头晕目眩，头重如裹，胸脘满闷，纳呆呕恶，泛吐痰涎，眼睑浮肿，其色暗滞，舌体胖而色暗，苔白腻或白滑，脉沉弦滑。

[辨证分析] 痰浊为水湿津液停聚而生。外感湿邪，湿困脾土，聚湿成痰；或脾运失司，痰浊内生；或肺、肾、三焦等脏腑功能失调，水液失布，聚于体内，蓄而为痰。痰浊流注关节、肌肉、筋骨，则关节肿胀疼痛、活动障碍、畸形、皮下结节；痰浊痹阻经络，气血失布，则肢体顽麻；痰浊上扰，清阳被蒙，则头晕目眩，头重如裹；痰浊壅滞中焦，气机升降失常，故胸脘满闷，纳呆呕恶，泛吐痰涎；阳虚水泛，故眼睑浮肿，色晦暗；舌体胖而色暗，苔白腻，脉沉弦滑，皆为痰浊痹阻之象。

(6) 瘀血痹阻证

[临床表现] 关节刺痛，部位固定不移，痛处拒按，日轻夜重，局部肿胀或有硬结、瘀斑，肢体活动不灵，晨间僵硬，肌肤干燥无光泽，面色暗黧，或面部有褐色斑，口干不欲饮，心悸，舌紫暗或有瘀斑，苔薄白或薄黄，脉沉细涩。

[辨证分析] 跌仆外伤，瘀血不散，复感外邪，或感邪后气血运行不畅，病久入络，均致瘀血内阻。瘀血痹阻于肢节，则关节刺痛，部位固定不移，肢体活动不灵。血瘀不散，实邪聚集，故局部拒按；血瘀则气滞，气滞则水停，水停湿蕴，血瘀阻络，故局部肿胀；湿聚为痰，痰瘀互结，故现硬结、瘀斑。瘀血内阻，气血失运，日间活动后血行稍有改善，人夜人卧则血运更为涩滞，故日轻夜重、晨间僵硬。瘀血阻络，津液不能上承，故口干不欲饮；血行不畅，肌肤失荣，故皮肤干燥无光泽，面色暗黧，或面部有褐色斑。瘀血攻心，则心悸。舌紫暗有瘀斑，脉沉细涩，为瘀血之征；血瘀郁热，故舌苔薄黄。

2. **虚证**

(1) 气血两虚证

[临床表现] 骨节酸痛无力，时轻时重，活动后更甚，肢体麻木，或筋惕肉瞤，或关节变形，肌肉萎缩，面黄少华，心悸气短，自汗乏力，食少便溏，舌淡苔白或薄少，脉细弱无力。

[辨证分析] 此多由素体气血不足，腠理空疏，或大病之后，风寒湿热乘虚人侵，流注于筋骨血脉，搏结于关节而成；或本病日久，耗伤气血所致。气血衰少，正虚邪恋，肌肤失充，筋骨关节失养，故关节酸痛乏力，肢体麻木，筋惕肉瞤，关节变形，肌萎着骨；气虚则气短、乏力、自汗、食少便溏；血虚则心悸、面色少华。舌淡苔白，脉细弱无力，为气血两虚之象。

(2) 肝肾阳虚证

[临床表现] 骨节冷痛、肿胀，屈伸不利，关节僵硬变形，筋肉萎缩，腰膝酸软，下肢无力，足跟疼痛，形寒肢冷，面色㿠白，自汗，口淡不渴，或面浮足肿，尿频便溏，或五更泄泻，

男子阳萎，女子月经后衍、量少，舌淡胖嫩，苔白滑，脉沉弦无力。

[辨证分析] 肾藏精、生髓、主骨，为作强之官；肝藏血而主筋，为罢及之本。本病日久，肝肾阳虚，则真气衰弱，髓不能满，筋骨失养，加之邪气久羁，血气不行，痹阻经络，渐至骨节冷痛、肿胀，屈伸不利，关节僵硬变形，筋肉萎缩；肾阳不足，温煦失职，故形寒肢冷；肾主下元，腰为肾之府，肾阳不足，故腰膝酸软，下肢无力；足少阴经循足跟，肾阳虚而经脉失养，故足跟疼痛；肾藏精，肝藏血，肝肾阳虚，精血失于温养，故男子阳萎，女子月经衍后、量少；舌淡胖嫩，苔白滑，脉沉弦无力，为阳虚之象。

(3) 肝肾阴虚证

[临床表现] 关节肿胀，骨节烦痛，或红肿灼热，或变形不可屈伸，筋脉拘急牵引，日轻夜重，腰膝酸软无力，形体消瘦，头晕耳鸣，五心烦热，颧红盗汗，失眠多梦，男子遗精，女子月经量少，舌红少苔，脉细数或弦细数。

[辨证分析] 肾在体主骨，藏真阴而寓元阳，为先天之本。肝在体为筋，体阴而用阳，司全身之筋骨关节屈伸。本病日久伤阴，或长期过用温燥，伤阴耗液，导致肾水亏虚，水不涵木，木火消灼阴津，筋骨关节脉络失养，则见骨节烦痛，筋脉拘急，屈伸不利；腰为肾之府，肾阴不足，则见腰膝酸软无力；肝肾阴虚，邪气久羁，血脉涩滞，气血凝聚，则关节肿胀变形；昼为阳，夜为阴，阴虚逢夜，二阴相加，正邪交争益甚，故日轻夜重；肝肾阴虚则生内热，故五心烦热，颧红盗汗，失眠多梦；肝肾阴虚，肝阳上亢，故头晕耳鸣；舌红少苔，脉细数或弦细数，为阴虚内热之象。

第四节 治 疗

一、西医西药治疗

类风湿性关节炎至今尚无特效药物和疗法，但若采用综合治疗，多数病人能够收到一定效果。现行的治疗目的在于：①控制关节及其他组织炎症，缓解症状；②维持关节功能和预防畸形；③修复受损关节，以减轻疼痛和恢复功能。

(一) 一般治疗

在整个病程中，应避免或去除发病诱因，如寒冷、潮湿、精神刺激、外伤及感染等。全身症状严重及关节肿痛时，应卧床休息，至症状基本消失为止。但对急性期已过而关节仍疼痛者，则不必终日卧床，以免因关节废用而变为僵直。只要病人可以耐受，即应早期有规律地作主动或被动的关节锻炼活动。加强营养，多吃富有蛋白质和各种维生素的食物，贫血极严重者可给予少量输血。如有慢性扁桃体炎等慢性病灶，应在病人健康状况允许下尽早予以摘除。

(二) 药物治疗

1. 非甾体类抗炎药

本类药物用于初发或轻症病例，其作用机理主要抑制环氧化酶使前列腺素生成受抑制而

起作用，以达到消炎止痛的效果，但不能阻止类风湿性关节炎病变的自然过程。该类药物因体内代谢途经不同，彼此间可发生相互作用，不主张联合应用，并应注意个体化。

（1）水杨酸制剂：具有抗风湿、解热、镇痛、抗炎、抗凝作用。常用阿斯匹林或水杨酸钠。成人剂量每日 2～4 克，必要时可增加剂量，每隔 4～6 小时给药 1 次，一般应于饭后服用或与等量碳酸钙同服，或服用肠溶阿斯匹林片，以减轻胃肠道刺激。长期服用易发生恶心、呕吐、胃痛及食欲减退等消化道症状，严重者可发生胃粘膜糜烂、溃疡和出血。大剂量服用数年还可发生肾损害。

（2）吡唑类药物：除有镇痛及退热作用外，抗炎作用较阿斯匹林为强。常用保泰松及羟基保泰松。保泰松以往使用每日剂量 0.6～0.8 克，副作用较大，近年认为每日 0.3 克同样有效，而相对安全。副作用有皮疹、胃溃疡、粒细胞缺乏症等。羟基保泰松作用与保泰松相同，剂量也同，胃肠反应较轻。

（3）吲哚类抗炎药：主要为消炎痛，其镇痛、退热及抗炎作用都较强，抑制肉芽形成的作用较保泰松强数十倍。夜间或睡前服用对缓解夜间痛和晨僵有明显效果。开始用量为每日 75 毫克，分 3 次服，以后每隔几天递增 25 毫克，直至每日总量为 100～150 毫克，宜饭后或饭中服。每日 100 毫克以上时易产生副作用，如恶心、呕吐、腹泻、胃溃疡、头痛、皮疹、白细胞减少等。其他如炎痛静也可使用，剂量与消炎痛相同。

（4）丙酸衍生物：包括布洛芬、萘普生和苯氧苯丙酸钙。其作用与阿斯匹林相似，疗效亦相仿，消化道副作用较小，适用于不能耐受水杨酸制剂的病人。常用量：布洛芬每次 0.2～0.4 克，每日 3 次。萘普生每次 250 毫克，每日 2 次。苯氧苯丙酸钙每次 400 毫克，每日 4 次。均宜饭后服用。副作用有恶心、呕吐、腹泻、消化道溃疡、胃肠道出血、头痛及中枢神经系统紊乱如易激惹等。

（5）灭酸类药：为邻氨基苯酸衍生物，作用与阿斯匹林相仿。氯灭酸每日 0.6～1.2 克，分 3 次服。抗炎敏每日 0.75 克，分 3～4 次服。副作用主要有胃肠道反应，偶有皮疹、肾功能损害、头痛及倦睡等。

2. 皮质类固醇抗炎药

该类药物包括天然氢化可的松、可的松及人工合成的强的松、强的松龙、地塞米松等。临床上以强的松、地塞米松常用。此类药物对类风湿性关节炎缓解症状较快，可迅速缓解僵硬、控制发热和减轻关节症状，但效果不持久，一旦停药短期内即复发，因此需长期应用。本类药物副作用较大，其危害甚至更大于类风湿性关节炎本身造成的危害。采用本类药物治疗的适应症为：①严重活动性关节炎伴有发热等全身症状或血管炎、肺、心及眼部并发症；②严重关节炎用其他药物治疗无效；③血清类风湿因子阳性，血沉明显增快，类风湿结节阳性。用法和剂量：强的松每次 10～25 毫克，每日 3 次。地塞米松片剂每次 0.75～1.5 毫克，每日 2～4 次；注射剂每次 10～20 毫克，加入 5％葡萄糖溶液 500 毫升中静脉滴注。见效后应注意逐渐减量以至最小维持量。长期应用本类药物可诱发或加重感染、消化道溃疡和引起医源性柯兴氏综合征、肾上腺皮质萎缩或功能不全、骨质疏松等。

个别病人对一种制剂无效而换用等效量的另一制剂往往有效，（可参阅表 2—1—3。）

表 2—1—3 常用类固醇抗炎药的抗炎等效量[3]

药 名	抗炎等效量（mg）
可的松（cortisone）	25
氢化可的松（hydrocortisone）	20
强的松（prednisone）	5
强的松龙（prednisolone）	5
氟羟强的松龙（triamcinolone）	4
甲基强的松龙（methylprednisolone）	4
对氟米松（paramethasone）	2.5
地塞米松（dexamethasone）	0.75
倍他米松（betamethasone）	0.75

为了避免类固醇抗炎药的全身副作用，可采取关节内注射疗法。其适应症为：①仅少数几个关节患病，而全身症状不明显者；②经全身给药治疗，症状基本控制，但残留几个关节症状不见好转者；③少数几个关节急性症状明显，需暂时取得局部症状缓解者。

关节内、滑囊内或腱鞘内局部注射，要求药液制剂体积小，浓度高，抗炎作用维持时间长。故一般选用水性混悬液（如无此类制剂，水溶性制剂也可使用，但乙醇制剂忌用）。关节腔内注射每周 1 次（长效制剂可每 1～2 月 1 次）。这些注射液含有晶体，偶尔在注射后症状加重，这是引起晶体性滑膜炎（crystal—induced synovitis）之故。负重关节，如膝关节或踝关节内注射药液后，应卧床休息，若病人过度活动可诱发无菌性坏死。局部注射类固酸抗炎药可加速局部骨质疏松，应加注意。在严密消毒和无菌常规操作下，罕有发生关节腔感染的并发症。局部注射类固醇抗炎药及其剂量（见表 2—1—4。）

表 2—1—4 局部注射类固醇抗炎药及其剂量[4]

药 名	每次剂量（mg）				
	大关节	小关节	滑囊内	腱鞘内	软组织
醋酸氢化可的松	25～30	10～15	12.5～25	7.5～12.5	12.5～25
醋酸强的松龙	20～30	5～10			
丁乙酸强的松龙	20～30	5～10	20～30	10～20	10～30
醋酸甲基强的松龙	20～60	4～20	4～30	4～30	20～60
氟羟强的松龙	5～15	2.5～5			
地塞米松	2～4	0.8～1	2～4	0.4～1	2～4

表中的剂量可供参考，注射液容量应视关节大小而定。如手足关节常用 0.2～0.4ml，腕、肘关节可用 0.5ml，踝、肩部常用 1ml，膝关节可用 1～2ml。为了减轻注射疼痛可加少量普鲁卡因或赛洛卡因液。

3. D-**青霉胺**

是一种含巯基的氨基酸药物，治疗类风湿性关节炎有一定疗效。它能选择性抑制某些免疫细胞，使 IgG 及 IgM 减少，对缓解疼痛，增强关节力量，降低血沉及类风湿因子滴度以及提高血红蛋白等方面效果显著。剂量和用法：第 1 个月每天口服 250 毫克，第 2 个月每次 250

毫克，每日 2 次。如无明显效果，第 3 个月每次 250 毫克，每日 3 次。每日总剂量达 750 毫克为最大剂量。用药至 3～4 个月最为有效，至 6 个月后效果较稳定，显效后宜小量维持，疗程约 1 年。副作用有血小板减少、白细胞减少、蛋白尿、过敏性皮疹、食欲不振、视神经炎、肌无力、转氨酶增高等。

4. **金制剂**

是较早应用于治疗类风湿性关节炎的药物，目前公认对本病有肯定疗效，可明显改善关节疼痛和晨僵，使血沉、血清类风湿因子及C-反应蛋白等好转。有效率可达 70～90%，而完全缓解率仅 20～30%。近年来，英美等国主张使用金制剂作为维持疗法。因国内药源不足，且应用不方便，毒性反应重，故较少使用。金制剂治疗本病的作用机理尚未完全阐明，可能与细胞系统的生化反应受到干扰有关，近年揭示其有改善机体免疫功能的作用。目前常用的金制剂有硫代苹果酸金钠水剂和硫代葡萄糖金油混悬液。用法和剂量：第 1 周肌肉注射 10 毫克，第 2 周 25 毫克，若无不良反应，以后每周 50 毫克，直到病情改善或总量达 1200 毫克以后开始减量。起初减为每 2 周 50 毫克，连续 2 个月仍保持疗效，以后改为每月 50 毫克维持。若减为每 2 周 50 毫克不能维持缓解者，需连续每周 50 毫克，维持数年。Jessar 提出较简便的治疗方案，认为毒性少而可得到同样疗效。其方案是每周 25 毫克共用 20 周，继之每 2 周 25 毫克作为维持疗法。因停药后有复发可能，国外有用维持量多年，甚至终身者。口服金制剂效果与金注射剂相似。金制剂的作用慢，3～6 个月始见效，不宜与免疫抑制剂或细胞毒药物并用。若治疗过程中总量超过 1500 毫克无效者，不宜再用本剂。副作用有大便次数增多、皮疹、口腔炎、胃肠反应、肾损害及造血系统损害等。为了避免及早期发现这些不良反应，每次肌注之前观察病人口腔及皮肤变化，定期作血常规及尿常规。如出现副作用时应停药或减少剂量，并加用类固醇抗炎药或抗组织胺类药物。

5. **左旋咪唑**

系免疫调节药物，可减轻疼痛，缩短关节僵硬时间。有人认为其疗效至少与青霉胺相似，而副作用要小得多。用量用法：第 1 周 50 毫克，每日 1 次；第 2 周 50 毫克，每日 2 次；第 3 周 50 毫克，每日 3 次。副作用有过敏性皮疹、视力减退、食欲不振、胃部不适、白细胞减少等。

6. **免疫抑制剂**

该类药治疗本病的适应症为：①病人有严重关节外表现，如血管炎、肺纤维化或多发性类风湿结节等；②常用药物治疗无效，血沉快速、C-反应蛋白强阳性，多关节症状明显者；③高丙球蛋白血症、抗核抗体及类风湿因子阳性，常用药物治疗无效者；④类固醇抗炎药停药有困难者。常用的有硫唑嘌呤，每次 50 毫克，每日 2～3 次；环磷酰胺每次 50 毫克，每日 2 次。待症状或实验室检查有所改善后，逐渐减量。维持量为原治疗量的 1/2～2/3。连续用 3～6 个月。副作用有骨髓抑制、白细胞及血小板减少、肝脏毒性损害及消化道反应、脱发、闭经、出血性膀胱炎等。

7. **肝素**

近年国外报告使用肝素治疗类风湿性关节炎，发现 RA 急性渗出期病人血中肝素浓度增高，随着病情进展或反复发作，血浆肝素浓度逐渐降低。使用肝素治疗慢性 RA 伴有低肝素血症者，取得良好效果，而对急性渗出期无效。肝素皮下注射 1000 单位，每日 3 次，或静脉注射 5000 单位，每日 2 次。用药 4～5 日后即见效果。钱桐荪氏认为使用肝素治疗 RA，虽有一

定理论依据，但易引起病变的关节腔出血，使用应慎重。

（三）血浆置换术

用本法治疗可使症状明显改善，并使血沉、血浆粘度、免疫球蛋白及免疫复合物等明显好转。方法为每日交换1000毫升血浆，8日为1疗程；或每日交换1500毫升血浆，5日为1疗程。

附：类风湿性关节炎的药物治疗选择：兹介绍两种药物选择方案如下，以供参考。

1. 类风湿性关节炎活动期的药物选择方案

Golding根据临床经验和类风湿性关节炎活动期（轻度、中度、高度及最高度）不同，将抗炎药分为四线，可供临床用药参考（见表2—1—5）。

表2—1—5 类风湿性关节炎各活动期的药物选择[5]

活动期	抗炎药物
Ⅰ. 第一线药物	阿期匹林b△、苯酮苯丙酸（ketoprofen） 苯氧苯丙酸（fenoprofen）、布洛芬（异丁苯丙酸，bluprofen）
Ⅱ. 第二线药物	消炎痛△、甲氧萘丙酸（naprofen）△ 苏灵大（sulindae）、保泰松、炎爽痛（azapropazone） 烯氯苯乙酸（alelofenae）、邻氨苯甲酸类 氟联苯丙酸（flurbiprofen）
Ⅲ. 第三线药物	青霉胺△、金制剂、氯喹啉
Ⅳ. 第四线药物	免疫抑制剂△、免疫增强剂 类固醇抗炎药△（口服）

注：表中有“△”者为每组药物中的首选药

表中将RA病情活动性分为四期，配以四组药物，简言之即病变程度较轻的采用一、二线药物，较重的采用三、四线药物，因为三、四线药物副作用较多，且较严重。较理想的抗炎药应具备疗效高、无毒性、价格便宜及病人乐意接受。为了在短时内减轻疼痛及类风湿病的活动性，首先使用阿斯匹林、消炎痛、保泰松或炎痛喜康之类抗炎药，必要时加镇静药或精神安定药，使疼痛迅速缓解。以后加用第三线药物，若第三线药物效果不佳，则考虑用第四线药物。

2. 类风湿性关节炎药物疗法选择方案（见图2—1—3）

图2—1—3 类风湿性关节炎药物疗法选择方案

Ⅰ. 阿斯匹林（包括其衍生物如水杨酸镁等）

↓

Ⅱ. 轻度、快作用、非激素抗炎药物（NSAID）

异丁苯丙酸（布洛芬）

苯氧苯丙酸钙

↓

Ⅲ. 较强、快作用、非激素抗炎药物

消炎痛

萘普生
苏灵大（sulindae）
羟保泰松
↓
Ⅳ．较强、慢作用、非激素抗炎药
D－青霉胺
金制剂
氯化喹啉
↓
Ⅴ．糖皮质激素
小剂量（抗炎剂量）
大剂量（免疫抑制剂量）
↓
Ⅵ．免疫抑制剂
硫唑嘌呤
环磷酰胺
免疫调节剂
左旋咪唑

注：Ⅰ．轻症首选阿斯匹林，开始0.6g，每日4次。有时每日需达4～6g始奏效。

Ⅱ．一般此类药物胃肠道副作用小，可用于阿斯匹林无效或不能耐受大剂量者。

Ⅲ．可与Ⅰ项的阿斯匹林并用，以减少后者的用量。消炎痛睡前加服1次，可减轻次晨起床后的晨僵症状。

Ⅳ．Ⅱ或Ⅲ项药物效果不著时，选用激素还是Ⅳ项药物，取决于医生经验和病人情况及Ⅳ类药物的毒性反应。

Ⅴ．糖皮质激素口服宜小量开始，逐渐增量。单发性大关节炎可以醋酸强的松龙关节腔内注射，4～6周1次。

Ⅵ．适用于上述药物治疗无效病例。

（四）手术疗法

本病尽量采用药物治疗，如治疗无效可采用滑膜手术，以切断关节病变的恶性循环。晚期病变，关节已畸形者，可手术矫形。

（五）并发症的治疗

RA病程漫长，应注意营养，纠正贫血，增强机体抵抗力量，防止并发感染。如果发生感染，应及时加以控制，以免加重或使类风湿活动。

RA的关节外表现或并发症中最主要的是血管炎，可导致小血管血栓形成或闭塞。此时应使用D－青霉胺及短期类固醇抗炎药，也可同时给以丹参注射液加入右旋糖酐液中静脉滴注。出现类风湿性神经病变时多伴有全身性血管炎，治疗同上。类风湿性肌病也是活动性表现，应采用肌电图、血清CPK或肌活检等与RA的废用性肌萎缩相鉴别。前者使用类固醇抗炎药可迅速改善肌力，后者则症状加重（因类固醇抗炎药本身可引起）。此外，氯喹啉也可引起肌病，应加注意。

类风湿性心脏病变的处理是采取强力措施控制类风湿活动。严格卧床休息，类固醇抗炎药剂量可稍增大，如强的松每日 20～30mg。心包积液过多应穿刺抽除，若发生缩窄性心包炎，则考虑行心包切除术。心力衰竭时按常规应用洋地黄和利尿剂。

类风湿性肺部病变及浆膜腔炎为类固醇抗炎药治疗的指征，但应注意上述病变与渗出性心包炎往往合并结核，或由结核所致，所以常并用抗结核药。肺部病变也可应用 D－青霉胺治疗。

二、中医中药治疗

（一）辨证论治

1. **实证**

（1）风寒湿痹阻证

[治法] 祛风、散寒、逐湿，温经通络。

[方药] 蠲痹汤。

羌活 9 克，独活 9 克，桂枝 9 克，秦艽 9 克，当归 9 克，川芎 6 克，木香 5 克，乳香 6 克，海风藤 30 克，桑枝 30 克，甘草 5 克。

[加减] 风邪偏胜加防风、白芷，重用秦艽；寒邪偏胜加制川乌、熟附子、麻黄、细辛；湿邪偏胜加防己、苡仁、苍术、萆薢；痛在上肢者加威灵仙、姜黄、蒺藜；痛在下肢者加牛膝、木瓜、续断。

[分析] 蠲痹汤为治风寒湿痹阻通用之基础方，用于治疗类风湿性关节炎属风寒湿偏胜不明显者，临床可依病情而灵活加减。方中羌活、独活、桂枝、秦艽祛风散寒胜湿；海风藤、桑枝通络祛风除湿；辅以当归、川芎、木香、乳香理气养血活血，舒筋活络。全方温而不燥，通而不伤，共奏驱风散寒除湿、温经通络之功。

（2）热毒痹阻证

[治法] 清热解毒，凉血通络。

[方药] 四妙勇安汤合白虎汤加味。

元参 15 克，生地 15 克，银花 30 克，当归 10 克，生石膏 30 克，知母 10 克，毛冬青 30 克，白花蛇舌草 20 克，牛膝 12 克，粳米 15 克，生甘草 15 克。

[加减] 痛剧者加乳香、没药；筋脉拘挛者加桑枝、忍冬藤；兼阴虚者加鳖甲、天冬；壮热不已，大便秘结者，加芒硝、大黄，配以紫雪丹；皮肤见隐疹、紫斑者，加丹参、丹皮。

[分析] 方中元参、生地、银花、生甘草、毛冬青、白花蛇舌草清热解毒，凉血通络，兼以养阴；当归、牛膝活血祛瘀；生石膏辛寒清热；知母清润降火；粳米和胃护阴。诸药相伍，共奏清热解毒、凉血通络之功。

（3）湿热痹阻证

[治法] 清热祛湿，宣痹通络。

[方药] 宣痹汤加味。

防己 15 克，杏仁 15 克，滑石 15 克，连翘 9 克，山栀 9 克，薏苡仁 15 克，半夏 9 克，晚蚕砂 9 克，赤小豆 9 克，络石藤 20 克，桑枝 20 克。

[加减] 热重于湿加生石膏、知母；湿重于热加苍术、草蔻；湿热并重合用二妙散；兼痰饮者合用二陈汤；痛甚者加片姜黄、海桐皮；关节肿甚者加草蔻、木通。

[分析] 方中防己为清热利湿通络之要药；苡仁、滑石甘寒淡渗，清热利湿，通络止痛；杏仁宣利肺气，发散水气；半夏、蚕砂、赤小豆除湿化浊；连翘、栀子清泄郁热；桑枝、络石藤祛风通络。诸药相合，共奏清热利湿、宣痹通络之功。

(4) 寒热错杂证

[治法] 温经散寒，清热通络。

[方药] 桂枝芍药知母汤。

桂枝 9 克，芍药 9 克，知母 9 克，防风 9 克，白术 9 克，制附子 6 克，麻黄 6 克，炙甘草 6 克，生姜 5 克。

[加减] 热重者加生石膏；寒重者重用附子；兼阴虚者加生地；兼气虚者加黄芪；胃纳差者加陈皮、神曲。

[分析] 方中麻黄、桂枝祛风寒，通经络；附子温阳散寒，开痹止痛；白术、防风除湿祛风；芍药、知母清热和阴于里；甘草、生姜和胃调中。诸药合用，共奏温经散寒、清热通络之功，对寒热错杂之证颇为合拍。

(5) 痰浊痹阻证

[治法] 化痰通络。

[方药] 皂芥二陈汤。

皂刺 15 克，白芥子 10 克，半夏 10 克，陈皮 9 克，茯苓 9 克，穿山甲 12 克，鳖甲 12 克，生姜 5 克，甘草 5 克。

[加减] 兼脾虚者加白术、党参、苡仁；关节痛麻，部位不定，属风痰者，加天麻、白附子、僵蚕；寒象明显者加麻黄、干姜；郁久化热者加海蛤壳、浙贝母、丹皮；郁久成痰毒者加连翘、公英、忍冬藤。

[分析] 本方系潘青海氏经验方。方中皂刺、白芥子化痰软坚，涤络道和消筋膜之痰浊，共为主药；二陈汤燥湿化痰，为治痰之妙剂，其于上下左右，无所不宜；穿山甲化痰坚，散痰核，为治关节僵硬、皮下结节之要药；鳖甲清骨络之痰，善消僵硬；生姜和胃化痰。全方共奏化痰通络之功用。

(6) 瘀血痹阻证

[治法] 活血化瘀，通络蠲痹。

[方药] 身痛逐瘀汤。

桃仁 9 克，红花 9 克，当归 9 克，川芎 10 克，五灵脂 9 克，制香附 9 克，秦艽 9 克，羌活 9 克，牛膝 9 克，乳香 6 克，炙地龙 6 克，炙甘草 3 克。

[加减] 兼湿热者加苍术、黄柏；兼气虚加黄芪；兼血虚加阿胶、鸡血藤；关节痛剧加水蛭、白花蛇；关节冷痛加制附片、桂枝；关节灼痛加元参、丹皮；血瘀郁热者加忍冬藤、公英；关节肿硬，痰瘀互结者，合用二陈汤。

[分析] 方中桃仁、红花、当归、川芎、乳香活血化瘀止痛；五灵脂、地龙祛瘀通络；羌活、秦艽祛风除湿，通络止痛；牛膝活血，强壮筋骨；甘草调和诸药。合而具有活血化瘀、通络蠲痹之功。

2. **虚证**

（1）气血两虚证

[治法] 补益气血，通络祛邪。

[方药] 三痹汤。

独活 9 克，秦艽 9 克，防风 9 克，当归 9 克，芍药 9 克，杜仲 9 克，牛膝 9 克，茯苓 15 克，党参 15 克，细辛 5 克，桂心 5 克，川芎 6 克，熟地 15 克，炙甘草 6 克，黄芪 12 克，川断 9 克，生姜 5 克。

[加减] 偏气虚者重用党参、黄芪；偏血虚者重用熟地、当归；关节痛重者加海风藤、伸筋草、寻骨风；有血瘀见症者加桃仁、红花；脾虚湿重便溏者可去熟地，加苍术、苡仁；胃脘胀满加陈皮、砂仁。

[分析] 方中党参、黄芪、茯苓、甘草益气扶脾；熟地、当归、芍药、川芎补血养血活血，具有治风先治血、血行风自灭之意；肉桂助阳散寒，鼓舞气血运行；杜仲、牛膝、川断补肝肾、健腰膝、壮筋骨；独活、细辛、防风、秦艽祛风湿而止痛；生姜暖胃和中。诸药合用，共奏益气养血、补益肝肾、祛邪通络之功。

（2）肝肾阳虚证

[治法] 温补肝肾，祛寒除湿，散风通络。

[方药] 附子八物汤加减。

炮附子 9 克，茯苓 12 克，白术 9 克，人参 6 克，芍药 12 克，仙灵脾 15 克，桂心 6 克，狗脊 6 克，牛膝 9 克，桑寄生 12 克。

[加减] 筋急挛痛加伸筋草、乌蛇；关节僵硬变形加鹿角胶、炮山甲、木鳖子。

[分析] 方中附子温助肾阳，逐寒燥湿，通行十二经脉；肉桂助肾阳，暖下焦，温通血脉；白术、茯苓健脾祛湿；芍药养血和营，并能缓和附子峻烈之性；人参大补元气，与附子相合，温补元阳；仙灵脾、狗脊、牛膝、桑寄生温补肝肾，强壮筋骨，祛风湿，利关节。诸药相合，共奏温补肝肾、祛寒除湿、散风通络之功。

（3）肝肾阴虚证

[治法] 滋补肝肾，强壮筋骨，兼清虚热。

[方药] 左归丸加味。

熟地 15 克，山药 9 克，山茱萸 9 克，菟丝子 9 克，枸杞子 9 克，鹿角胶 9 克，龟板胶 9 克，淮牛膝 9 克，知母 9 克，黄柏 9 克。

[加减] 兼阳亢者加石决明、牡蛎、菊花；筋惕肉瞤加刺蒺藜、天麻；关节痛重加鸡血藤、络石藤。

[分析] 方中熟地滋阴补肾，填精益髓而生血；山茱萸温补肝肾，收敛精气；山药健脾，兼固精缩尿；龟板胶、鹿角胶峻补精血；菟丝子、枸杞子补益肝肾；淮牛膝活血，强壮筋骨；知母、黄柏滋阴清热泄火。诸药合用，共奏滋补肝肾、强壮筋骨、兼清虚热之功。

（二）验方治疗

1. **类风汤**[6]

[组成] 防己 50 克，茯苓 20 克，草薢 20 克，泽泻 15 克，羌活 20 克，地龙 20 克，桂枝 20 克，乳香 15 克，全蝎 20 克，蜈蚣 2 条，元胡 30 克，秦艽 15 克，甲珠 20 克，乌梢蛇 20 克。

[用法] 加水 600 毫升，文火煎至 200 毫升，每服 100 毫升，日服 2 次，每日 1 剂。1 个月为 1 疗程。

[加减] 湿热重者加生石膏 20 克、栀子 15 克、茵陈 20 克；瘀热重者加桃仁 15 克、红花 10 克、黄连 10 克；阴寒凝滞而致关节变形肿痛者，加附子、肉桂、川乌、草乌，同时可加黄柏、熟地以防过燥伤阴。

[功用] 祛风除湿，活血通络止痛。

[疗效观察] 用本方治疗 234 例类风湿性关节炎患者，病程为 1～8 年，其中关节肿大疼痛变形 79 例，结节性红斑 6 例，关节僵硬、畸形及活动障碍 50 例。经治疗后关节肿大疼痛明显减轻或消失，功能恢复，活动自如，抗“O”正常为显效；关节肿大疼痛无明显改变为无效。本组 234 例，治疗 1 个疗程显效 117 例，2 个疗程显效 83 例，3 个疗程显效 28 例，6 例无效，总有效率为 97.4%。

2. **青麻除痹汤**[7]

[组成] 青风藤 90 克，麻黄 6 克。

[用法] 以黄酒为引，水煎分 2 次服，每日 1 剂。2 个月为 1 疗程。因开始服药有不同程度的反应，可根据体质状况先用上述剂量的 1/2 或 1/3，逐渐加量至常规剂量。若服药过程中发生严重反应，应即刻停药，或减量用药，以不引起反应的最小剂量维持。个体用量差别较大，有时青风藤 10 克即可起效。

[功用] 祛风散寒除湿，通络止痛。

[疗效观察] 用本方治疗 311 例类风湿性关节炎患者，病程为 0.5～22 年。结果显效（多数关节疼痛减轻或消失，肿胀消退，关节僵硬程度明显改善，活动度增大，血沉下降，类风湿因子转阴，X 线片有改善）41 例，占 13.1%；有效（关节疼痛减轻，肿胀消退或减轻，关节僵硬有改善，血沉下降或类风湿因子转阴，X 线片有改善或静止状态）250 例，占 80.3%；无效（疼痛无改善，肿胀无消退，血沉无显著下降或下降后又上升，X 线片无改善）20 例，占 6.6%。总有效率为 93.4%。

3. **青藤汤**[8]

[组成] 青风藤 30～45 克，秦艽 15 克，寻骨风 15 克，何首乌 30 克。

[用法] 水煎分 2 次服，每日 1 剂。老幼体弱患者酌减用量。

[加减] 一般用基本方即可，亦可随证加减。①头颈部加粉葛根、羌活、藁本等；上肢加桑枝、姜黄、桂枝等；背部加威灵仙、菖蒲等；腰部加徐长卿、狗脊等；下肢加牛膝、木瓜、蚕砂等；②风胜者加威灵仙、羌活、独活、防风等；寒胜者可选加制附片、桂枝、制川乌、制草乌、当归、细辛等；湿胜者可选加苡米、苍术、豨莶草等；化热者可选加丹皮、虎杖、生地等；气血虚者可选加桑寄生、黄芪、杜仲、枸杞、鸡血藤、刺五加皮、当归等。

[功用] 祛风除湿，通络止痛。

[疗效观察] 用本方治疗 180 例类风湿性关节炎患者，病情基本控制（早期患者，肿胀消退，功能恢复；对晚期患者的关节畸形及功能障碍，不作完全恢复要求）24 例；显效（临床症状大部分消失）72 例；有效（临床症状部分缓解）66 例；无效（症状无变化）18 例，总有效率为 90%。

[注意] 方中青风藤用 30 克以上时可出现自觉发热（体温正常），皮肤发红，周身发痒，荨麻疹，此反应持续约 2 小时，一般不需处理即可恢复正常；初起服药可偶有眩晕、呕吐、食

欲不振、水肿多尿，未发现远期副作用。为防止副作用，可从小量开始，逐渐加量，使人体产生耐受性，或用甘草 6 克同煎，但仅初服数剂，以后除去。

4. **万节通痹方**[9]

[组成] ①汤剂：蜈蚣 2 克，炙乌梢蛇 9 克，全蝎 3 克，地龙 10 克，蜣螂虫 6 克，僵蚕 9 克，露蜂房 9 克，老鹳草 10 克，制川乌 10 克，甘草 6 克，炙豹骨 6 克（亦可用狗骨代替，先煎）。②胶囊：在汤剂方中加麝香 0.3 克，羊肝 15 克，海狗肾 3 克，生黄芪 15 克。共研细末装胶囊。③膏剂：蜈蚣 5 克，全蝎 5 克，僵蚕 10 克，蜣螂虫 10 克，炙乌梢蛇 10 克，炙豹骨 10 克，生地 10 克，露蜂房 10 克（炒黄），麝香 0.5 克，蟾酥 2 克，冰片 3 克，细辛 10 克，牛膝 10 克，乳没各 10 克，马钱子 10 克，白芨 20 克，三七 5 克，大黄 10 克（麻油煎）。共研细末（麝香、冰片、蟾酥 3 种药粉最后加），兑匀装瓶，封固备用。

[用法] 汤剂：加水文火久煎 3 次，过滤为 450 毫升，分 3 次饭后温服，每日 1 剂。服药后，口内含生姜片，以消腥气。胶囊：每次服 1 克，逐渐增至 6 克，每日 4 次，饭后及晚上睡前服。膏剂：一般早期、急性活动期，用药粉加陈醋适量，调为糊状，外敷于关节患处，每日 1 次。若慢性稳定期用肥生姜 30 克、鲜葱白带须 30 克，共捣为泥，混合上药粉，加适量黄酒调为糊状，外敷于关节患处，加绷带固定，3 日 1 换。类风湿性关节炎早期、急性活动期，汤剂与膏剂配合应用；稳定期、晚期宜汤剂、胶囊、膏剂结合应用。服药后如见消化道反应，可在汤剂中加砂仁、佩兰，或服药前食大枣数枚，饮少量生姜水、老陈醋。小儿、老人及拒药不受者可服胶囊。如见药疹，减量或停药即可。

[功用] 祛风散寒，利窍通痹，强肝补肾，舒筋壮骨。

[疗效观察] 用本方治疗 130 例类风湿性关节炎患者，治愈（关节疼痛基本消失，肿胀消退，关节活动功能恢复，血沉正常，类风湿因子转阴）42 例，占 32.4%；显效（关节疼痛肿胀明显减轻，关节活动基本恢复，血沉恢复正常或略偏高，类风湿因子转阴，能进行轻度工作）54 例，占 41.5%；进步（关节疼痛肿胀减轻，活动度增加，血沉较治疗前有所下降，类风湿因子转阴或仍为阳性）28 例，占 21.5%；无效（症状、体征、化验结果较治疗前无好转）6 例，占 4.6%。总有效率为 95.4%。

5. **雷公藤汤**[10]

[组成] 雷公藤 5～25 克，白花蛇 2 条，红花 8 克，甘草 10 克（后入）。

[用法] 水煎服，每日 1 剂，7 日为 1 疗程。服时加少许白糖趁热服。方中雷公藤宜去皮晒干切片，并先煎 2 小时以上再入他药水煎；白花蛇宜研末后再煎。

[功用] 祛风除湿，消肿止痛，通经活络。

[疗效观察] 用本方治疗 100 例类风湿性关节炎患者，显效（关节恢复正常功能，各项化验指标正常或接近正常）21 例，占 21%；有效（关节肿胀消退，晨僵现象消失，四肢小关节疼痛消除，类风湿因子或阴性或阳性）76 例，占 76%；无效（治疗前后无改变）3 例，占 3%。总有效率为 97%。

[注意] 100 例患者服用本方后，消化道副作用 100%，腹痛 48%，腹泻 5%，口咽干 2%，皮疹 6%，月经紊乱 10%，闭经 2%，脱发 1%，均不影响服药，停药后即恢复正常。

6. **蠲痹饮**[11]

[组成] 制附片 12 克，制川乌 18 克，麻黄 6 克，细辛 10 克，苍术 10 克，苡仁 15 克，黄芪 30 克，桂枝 15 克，仙灵脾 15 克，威灵仙 15 克，制南星 15 克，地鳖虫 15 克，虎杖 15 克。

另服雷公藤片（湖北黄石市制药厂生产），每次2片，每日3次。

[用法] 水煎分2次服，每日1剂，1月为1疗程。方中川乌、附片宜久煎以去其毒性。

[加减] 风胜者加羌活、独活、防风、秦艽；湿胜者加防己、萆薢、泽泻、蚕砂；寒甚者加肉桂、干姜、草乌；化热者加石膏、知母、寒水石、黄芩、黄柏、忍冬藤、生地、赤药、丹皮；痰瘀互结者加半夏、白芥子、山甲片、桃仁、红花、丹参、制乳没；肿甚者加木通、茯苓、皂角刺；气血不足者加熟地、桑寄生、狗脊、续断、杜仲、牛膝、骨碎补；肾阳虚者加肉桂、鹿角片、巴戟天。

[功用] 温肾蠲痹，散风除湿，化痰通络。

[疗效观察] 用本方治疗76例类风湿性关节炎患者，其中早期小关节肿胀无畸形，不能坚持工作18例；中期关节畸形，能做轻工作，生活自理33例；晚期关节畸形，功能障碍，生活不能自理25例。治疗结果：近期控制（受累关节肿痛消失，关节功能改善或恢复正常，类风湿因子、血沉恢复正常，且停药后可维持3个月以上）35例，占46.09%；显效（受累关节肿痛消失或明显好转，血沉、类风湿因子滴度降低，或血沉、类风湿因子已恢复正常；但关节肿痛尚未消失）27例，占35.5%；有效（受累关节疼痛或肿痛好转）12例，占15.8%；无效（经1～3个疗程治疗，受累关节肿痛无好转）2例。总有效率为97.4%。

7. **加味四藤汤**[12]

[组成] 银花藤、海风藤、鸡血藤、钩藤各30克，黄芪、石斛、老鹳草各20克，生地、川芎各15克，制乳没各6克，赤芍、香附各12克，甘草6克。

[用法] 水煎分3次服，每日1剂。10日为1疗程。

[功用] 祛风除湿，理气活血，通络止痛。

[疗效观察] 用本方治疗52例类风湿性关节炎患者，临床基本治愈（关节疼痛基本消除，肿胀消退，关节活动功能恢复，血沉正常，类风湿因子转阴）14例，占26.92%；显效（关节疼痛肿胀明显减轻，关节活动基本恢复，血沉恢复正常或略高，类风湿因子转阴，能进行轻微工作）25例，占48.07%；进步（关节疼痛肿胀减轻，活动度增大，血沉较治疗前有所下降，类风湿因子转阴或仍为阳性）9例，占17.3%；无效（症状、体征、化验结果较治疗前均无好转）4例，占7.69%。总有效率为74.99%。

8. **加减痛风方**[13]

[组成] 生麻黄8克，桂枝8克，苍术10克，防风10克，防己10克，威灵仙10克，制南星10克，鸡血藤15克，雷公藤15克，桃仁10克，红花10克，全蝎3克。

[用法] 水煎服，日1剂。病情严重者1日2剂。2个月为1疗程。如病人治疗前长期服用消炎止痛等西药一时难以停药，仍暂给原量续服，逐步减量至停服。

[加减] 寒邪偏胜加熟附子、制川乌各10克；热邪偏胜加生石膏30克、知母10克、虎杖30克；气血亏虚加黄芪15克，当归、白芍各10克；肝肾不足加熟地、鹿角片各12克。

[功用] 祛风散寒除湿，活血通络止痛。

[疗效观察] 用本方治疗50例类风湿性关节炎患者，按全国痹证协作组制订的疗效标准评定其疗效，结果临床治愈1例，显效21例，好转25例，无效3例。总有效率为94%。本组病例多数服1个疗程，少数服2～3个疗程。

9. **清热利湿解毒汤**[14]

[组成] 银花30克，蒲公英24克，紫花地丁18克，白花蛇舌草30克，土茯苓30克，土

贝母12克，苍术9克，黄柏12克，苡仁24克，赤芍21克，独活9克。

[用法] 水煎服，每日1剂。1个月为1疗程。服药期间忌茶。

[加减] 热毒炽盛，关节红肿热痛，并伴发热者，重用银花、蒲公英、紫花地丁、土贝母；湿热毒重，病情反复，关节肿胀、灼热、晨僵、胶着感明显者，重用土茯苓、白花蛇舌草、苡仁、黄柏；阴虚低烧不退，舌红少津，脉细数者，加生地30～60克、丹皮12～18克；关节肿胀，积液明显者，加车前草15～30克。

[功用] 清热解毒，祛风除湿，舒筋活络。

[疗效观察] 用本方治疗类风湿性关节炎活动期病人58例，结果临床治愈3例，显效24例，有效19例，无效2例。总有效率为96.6%。经与对照组17例（用布洛芬和四君子汤加味治疗）比较，疗效差异显著（$P<0.01$）。

10. **理气行痹汤**[15]

[组成] 香附15克，木香15克，枳壳15克，陈皮15克，茯苓15克，怀牛膝15克，川乌10克，草乌10克，全蝎6克。

[用法] 水煎服，每日1剂。川乌、草乌宜先煎半小时后再与其他药共煎。

[加减] 疼痛明显者加乳香、没药、露蜂房各10克，蜈蚣2条；兼风湿热者加威灵仙、炒苍术、川黄柏各10克；气虚者加黄芪30克。

[功用] 行气活血，散寒除湿，通络止痛。

[疗效观察] 用本方治疗64例类风湿性关节炎患者，病程为3～11年，结果痊愈（症状与体征消失，关节恢复正常，能参加正常劳动，3年无复发）29例；有效（症状明显好转，关节肿大变小）32例；无效（症状和体征无改变）3例。总有效率为95%。本组病例服药时间最短者10天，最长者52天。

11. **黄芪二活二枝汤**[16]

[组成] 生黄芪30克，桂枝12克，白芍12克，白术12克，羌活12克，独活12克，防己12克，当归12克，桑枝30克，炙甘草6克。

[用法] 水煎分2次服，每日1剂。

[加减] 偏热型加生石膏60克、蜈蚣2条、全蝎5克、地龙12克；偏寒型加细辛6克、制川乌12克、制草乌12克、白花蛇或乌梢蛇6克，桂枝加量至20克；寒热错杂型加防风12克、丹参20克、生石膏20克、全蝎6克、蜈蚣2条。

[功用] 益气养血，祛风除湿，温经通络。

[疗效观察] 用本方治疗50例类风湿性关节炎患者，其中偏热型14例，偏寒型25例，寒热错杂型11例。全部病例均有气血两虚证象。其关节功能情况：轻度：关节无明显畸形，动作不变，但劳动时有一定影响者10例；关节畸形，失去劳动力或工作能力，但生活尚能自理者25例；关节显著畸形，生活不能自理者15例。治疗结果：近期治愈（关节肿痛消失，功能恢复，血沉、粘蛋白恢复正常）17例；显效（关节肿痛大部消失，功能基本恢复，血沉、粘蛋白恢复正常）19例；好转（关节肿痛减轻，功能活动改善1级，血沉、粘蛋白较治疗前有所下降）13例；无效（治疗后症状、体征、化验结果均无改善）1例。总有效率为98%。

12. **追风活络液**[17]

[组成] 威灵仙、乌梢蛇各300克，制川乌、制草乌、血竭各100克，牛膝、川芎各400克，独活240克，细辛、红花、肉桂各200克，穿山甲、制马钱子各120克，党参、蕲蛇各

500克，白花蛇1条，蜈蚣20条，当归700克。

[用法] 将以上药物粉碎成粗末，混匀，另取白糖10千克溶解于白酒100千克中，按渗滤法用白糖酒作溶剂，将药粉浸渍48小时，以每分钟1～3毫升的速度缓缓渗滤，收集滤液静置7天后过滤，再添加适量的白酒至规定量，灌封，每瓶装500毫升。成人每次服10～15毫升，1日3次。

[功用] 祛风散寒，活血通络。

[疗效观察] 用追风活络液治疗类风湿性关节炎23例，经过1年内治疗后的近期疗效判定，痊愈（临床症状和关节畸形消失，功能恢复，能参加正常工作和一般劳动者）3例，显效（症状基本消失，关节畸形改善，功能基本恢复者）12例，好转（部分症状消失，关节畸形和功能改善者）8例。

13. **舒筋活络散（编者拟名）**[18]

[组成] 马钱子200克，寻骨风、鹿角、黄芪、鹿衔草、乳香、没药、丹参、制川乌各300克，白术、防风、甘草、知母、白芍、桂枝各200克，麻黄、怀牛膝各150克。

[用法] 先将马钱子用热水浸泡，每天换水1次，7天后将马钱子取出晒干，去净皮毛，砂炒至微黄色。除麻黄、桂枝、鹿角生用外，其他药物用微火焙焦，然后共为细末备用。成人每日临睡时服1次，每次5～12克，熟蜂蜜调湿，酒送服；不会饮酒者，也可白开水送服。服药时宜从小剂量逐渐增加，以服药后脚手稍有抽动感为止。如无抽动感，第2天仍可加量，但每天加量不超过0.6～0.8克。

[功用] 追风除湿，清热解毒，活血消肿，舒筋活络，补肝肾，坚筋骨。

[疗效观察] 用舒筋活络散治疗类风湿性关节炎（有较典型的反复发作病史，受累关节多从四肢远端的小关节开始，左右对称，呈梭形肿胀，活动受限或已强直，病变关节典型X线改变，血沉快于正常，类风湿因子阳性）34例，临床治愈（关节肿痛及全身症状消失，功能恢复，激素全部停用，血沉正常，类风湿因子转阴，可以参加劳动）9例；显效（关节肿痛、全身症状明显改善，停用激素，血沉<30毫米/第1小时，类风湿因子阳性或弱阳性，能参加轻体力劳动）16例；好转（关节肿痛及全身症状有不同程度的减轻，停用激素，类风湿因子试验阳性）7例；无效（症状未减或加重）2例。总有效率为94%。治疗前，类风湿因子均为阳性，治疗后转阴9例，转弱阳性4例，21例仍为阳性。血沉变化：下降至正常者18人。20～30毫米/第1小时9人；30～50毫米/第1小时8人；50毫米/第1小时以上1人。

[注意] ①服药后当嘱病人卧床休息，不可下床活动。②服药期间禁房事。妇女月经期间暂停药，忌下冷水和食生冷食物，忌饮茶水。③服药后普遍有针刺样疼痛、抽搐、皮疹、出汗等反应，药性过后，其反应逐渐消退。④中毒反应：超量服用本方可致中毒，表现为全身肌肉抽搐、角弓反张、大汗、呼吸困难等症。此时，应立即停药，可按“士的宁”中毒处理，给予镇静药（苯巴比妥）或绿豆汤。

14. **加味桂枝芍药知母汤（编者拟名）**[19]

[组成] 桂枝10克，白芍15克，知母10克，白术10克，麻黄3克，川乌10克（先煎），防风10克，青风藤30～60克，两面针12克，甘草5克。

[用法] 水煎分2次温服，每日1剂。

[加减] 关节酸痛、游走不定者加秦艽10克、穿山龙15克；关节红肿者加生石膏20～60克、黄柏10克；肢端麻木者加细辛5克、巴戟天10克；关节变形者加蜂房6克、全蝎6克；

体虚者加当归 10 克、怀牛膝 12 克。

[功用] 通阴阳，和气血，清热除湿，祛风通痹。

[疗效观察] 用加味桂枝芍药知母汤治疗类风湿性关节炎属寒热错杂型 28 例。显效（关节肿痛消失，功能恢复或基本恢复，体温正常，血沉下降至正常，补体 C_3 升至正常值，类风湿因子阴性）12 例；有效（关节肿痛减轻，功能明显改善，血沉下降但未至正常，补体 C_3 接近正常，类风湿因子呈弱阳性或阳性）16 例；未见无效患者。疗程最短者 22 天，最长者 153 天，平均 63 天。

15. **乌头通痹汤**[20]

[组成] 制乌头 9 克（先煎），桂枝 6 克，白芍 12 克，黄芪 15 克，青风藤、钻地风、穿山龙、地龙、僵蚕、乌梢蛇各 15 克，蜂房 9 克，甘草 6 克。

[用法] 水煎分 2 次温服，每日 1 剂，冲蜂蜜适量。1 个月为 1 疗程。为巩固疗效，在症状和阳性体征消失时，加重方中黄芪用量。

[加减] 风盛加防风、秦艽；湿胜加防己、薏米、蚕砂；寒胜加附片、细辛；化热加生石膏、知母、青蒿、连翘；红肿加生地、丹皮、黄柏、大通筋；骨痹加龟板、鹿角霜、续断、杜仲；体虚自汗加党参、麻黄根；血虚加熟地、当归。头颈部加葛根、羌活；上肢加姜黄、秦艽、忍冬藤；下肢加木瓜、五加皮、牛膝；背部加狗脊、灵仙；腰部加独活、桑寄生；关节变形加全蝎、蜈蚣；麻木加鸡血藤、红花；皮下结节加王不留行、穿山甲。

[功用] 温经散寒，驱风除湿，通络扶正。

[疗效观察] 用乌头通痹汤治疗类风湿性关节炎 35 例。显效（关节肿痛消失，功能恢复，体温正常，脏器受累消除，血沉和补体 C_3 恢复正常，类风湿因子阴性）14 例；有效（发热及关节肿痛明显减轻，功能改善，脏器受累好转，血沉及补体 C_3 接近正常，类风湿因子弱阳性或转阴，但遗留关节强直或轻度功能障碍）18 例；无效（治疗前后自觉症状、功能状态、阳性体征及化验检查均无变化）3 例。总有效率为 91%。化验变化：血沉，治疗前均高于正常，治疗后有 17 例降至正常，15 例明显下降，3 例升高。血沉下降均值为 21.81±30.6 毫米/小时；类风湿因子：治疗前阳性者占 33 例，阴性仅 2 例。治疗后转阴 19 例，由强阳性或阳性转弱阳性 8 例；补体 C_3，治疗前测定均值为 96.86±15.44 毫克%，治疗后测定增加均值为 26.64±24.22 毫克%。

16. **身痛逐瘀汤加减方**[21]

[组成] 川牛膝、淮牛膝、制乳没、制香附、桃仁、秦艽、川芎、炒灵脂、羌活、地龙各 9 克，当归、红花各 12 克，炙甘草 6 克。

[用法] 水煎分 2 次温服，每日 1 剂。服药 2 个月为 1 疗程；1 疗程后即按 RA 诊断标准进行复查。

[加减] 气滞血瘀兼风湿加桂枝、防风、灵仙；气滞血瘀兼寒湿加桂枝、干姜、茯苓；气滞血瘀兼湿热减羌活，加黄柏、苍术、防风；气滞血瘀兼肾阴虚减羌活、秦艽，加生地、枸杞、女贞子；气滞血瘀兼肾阳虚减羌活、秦艽，加肉桂、山萸肉。

[功用] 行气活血，通络止痛。

[疗效观察] 用身痛逐瘀汤加减方治疗类风湿性关节炎 46 例。①近期疗效在 3 个疗程之内，46 例中，治愈 2 例，显效 25 例，好转 7 例，无效 2 例；②长期疗效，随防 2 年，复发 7 例，共随防 38 例，复发率为 18.4%。

17. **温痹汤**[22]

[组成] 麻黄 3～6 克，桂枝 6～12 克，附片 6～10 克，白芍 10～15 克，知母 12 克，防风 12 克，白术 15 克，黄芪 10～30 克，熟地 15 克，生姜 15 克，炙甘草 6～10 克。

[用法] 水煎服，日 1 剂。

[加减] 风寒湿型用温痹汤原方；寒热夹杂型重用知母，加黄柏 10 克，以养阴清热；痰凝血瘀型加制南星 6～10 克以消痰，当归尾、赤芍各 10 克以活血。随症加减：关节冷痛明显，单个关节痛甚、痛处不移者，加制川乌 6 克；若周身关节痛甚者，去附片、防风，加制草乌 6 克、鸡血藤 30 克，以搜风散寒止痛；关节疼痛走窜剧烈者，去防风，加羌活 10 克、威灵仙 12 克，以祛风散寒止痛；痰湿重、关节肿大者，以苍术 10 克易白术，加苡仁 30 克，制南星 6～10 克，以健脾化湿，祛痰消肿；气血亏虚明显者，加重熟地、黄芪用量，并加当归、川芎各 10 克，以益气补血；肾虚明显者，重用熟地，加巴戟天 10 克，以补肾壮阳；久用本方口干咽燥者去乌附，加淫羊藿 10 克、石楠藤 30 克、千年健 15 克，以养阳通痹。

[功用] 温经散寒，祛风除湿，益气养阴。

[疗效观察] 用温痹汤治疗类风湿性关节炎 38 例（风寒湿型 17 例，寒热夹杂型 5 例，痰凝血瘀型 16 例）。临床近期治愈 6 例，显效 14 例，有效 15 例，无效 3 例。总有效率为 92.1%。分型疗效：风寒湿型疗效显著高于寒热夹杂型和痰凝血瘀型，而寒热夹杂型和痰凝血瘀型疗效均未达显效水平。

18. **通痹汤**[23]

[组成] 秦艽 15 克，羌活 15 克，川芎 15 克，当归 20 克，细辛 3 克，杜仲 20 克，赤芍 20 克，蕲蛇 10 克，木瓜 15 克，茯苓 20 克，牛膝 15 克，乳香 10 克。

[用法] 上方加水 600 毫升，煎至 200 毫升，每服 100 毫升，日服 2 次，每日 1 剂。15 天为 1 个疗程。

[加减] 风邪重者重用防风、当归、川芎；寒邪重者加附子、肉桂、元胡，减去秦艽、蕲蛇；湿邪重者加苍术、薏苡仁；气虚加党参、黄芪；瘀血重者加桃仁、红花；关节红肿加茯苓、赤小豆。

[功用] 祛风除湿，活血通络。

[疗效观察] 用通痹汤治疗类风湿性关节炎 30 例。18 例治疗两个疗程，一般服药 4 剂后疼痛即明显减轻，2 个疗程后疼痛完全消失；9 例治疗 3 个疗程后疼痛消失，其中 1 例治疗前双手指关节红肿变形，治疗后关节变形明显好转；2 例经 3 个疗程治疗，关节疼痛无明显好转。依上述疗程标准，显效率为 60%，有效率为 33%，总有效率为 93%。

19. **追黄合剂**[23]

[组成] ①追风酒：当归、川芎、白芍、羌活、桂枝、香附、川牛膝、杜仲、枸杞、熟地、独活、木瓜、地龙、云苓、大枣、葎拨各 15 克，红花、三七、蝉蜕各 9 克，蜈蚣 8 条。将上药置于 46～60%的白酒 4000 毫升中浸泡 20 天，过滤即追风酒。②黄藤酒：黄藤全根晾干后切成 2～3 毫米的薄片，取 500 克浸泡于 46～60%的白酒 4000 毫升中，搅拌后将容器封闭，2 周后过滤即成 12.5%的黄藤酊。

将以上两种药酒按 1∶1 混合后即成追黄合剂。

[用法] 每日 3 次，体质好者每次服 20 毫升，体质弱者每次服 15 毫升。1 个月为 1 疗程。服此合剂时除激素、非甾体抗炎药维持并递减外，其他药物均停用。

[功用] 补益肝肾，祛风胜湿，活血通络。

[疗效观察] 用追黄合剂治疗类风湿性关节炎（急性活动期、亚急性活动期及慢性迁延期）90 例。服用该合剂 2 个月后评定疗效，其中近期控制（疼痛、肿胀、晨僵消失，功能状态恢复正常或接近正常，血沉正常，类风湿因子阴性）18 例；显效（关节疼痛、晨僵明显改善，血沉接近正常，类风湿因子阴性或弱阳性）54 例；好转（关节疼痛、肿胀、晨僵减轻，功能状态稍有改善，血沉轻度下降或无改变，类风湿因子阳性或弱阳性）12 例。因不能耐受副反应而改用其他剂型者 6 例。近期控制和显效率为 80%。治疗前使用激素、非甾体抗炎药仍伴低烧者 10 例，均在用药 1 个月后消失。用药后最早 2 天见效，一般 3～5 天见效。有 2 例服药后关节疼痛加剧，继续用药 1 周后关节疼痛又逐渐减轻。治疗前使用非甾体抗炎药者 36 例，治疗后停服者 10 例，减量者 14 例，未减者 12 例。治疗前合用激素者 10 例，治疗后停服者 6 例，4 例减量至每日口服强的松 2.5mg 维持。类风湿因子治疗前后变化：治疗前阳性者 64 例，弱阳性者 12 例，阴性者 14 例。治疗后阳性者 10 例，弱阳性者 3 例，阴性者 77 例，类风湿因子阴转率为 82.89%。血沉治疗前后变化：治疗前增快者 60 例，平均值为 83.87±37.43mm/h。治疗后 31 例降至正常，其余 29 例大幅度下降至接近正常，治疗后血沉平均值为 32.53±26.67mm/h，治疗后均值经统计学处理有非常显著性差异（$t=4.56$，$P<0.01$）。

[副反应] 服用本合剂后，65 例出现消化道症状，其中胃脘不适 35 例，纳差 44 例，轻微腹痛 10 例，恶心欲吐者 15 例。除 6 例改服他药外，余均按减量法或加服胃友后即可坚持治疗。另外 34 例出现皮肤粘膜反应，其中口腔粘膜溃疡 28 例，皮炎样反应 6 例，经停药并对症处理后即愈，再次用药时多未出现类似反应。余均未见其他毒副作用。

20. **补肾祛寒治尪汤**[25]

[组成] 续断 12 克，补骨脂 9 克，淫羊藿 9 克，独活 9 克，桂枝 9 克，制附片 6～12 克，赤白芍各 6 克，苍术 6 克，牛膝 9 克，威灵仙 12 克，骨碎补 12 克，知母 9 克，防风 9 克，伸筋草 20 克，熟地 12 克，麻黄 3 克，松节 10 克，炙山甲 6 克，炙虎骨 9 克（另煎兑入。无虎骨，可用自然铜 9 克、寻骨风 9 克代替）。

[用法] 水煎服，日服 2 次，每日 1 剂，1～3 月为 1 疗程。

[加减] ①病邪欲化热、自觉低热或关节灼痛者，去苍术、淫羊藿、松节，加潜行散（酒浸黄柏末 6 克、地骨皮 12 克）；若全身发热明显，适当减量或暂缓使用桂附，并加银柴胡 10 克、青蒿 12 克。②以上肢为主者去牛膝、独活，加片姜黄 10 克、羌活 9 克；腰腿痛明显者，去松节、苍术、防风，加桑寄生 20 克，并加重川断与牛膝用量。③病久有瘀血之征者，加血竭 0.7～0.9 克（分冲），乳香、没药各 6 克、或苏木 20 克。④筋拘急过甚者，去苍术、防风、松节，加生薏米、木瓜，配生白芍以舒筋止挛。⑤脊柱强直、关节不利者，去松节，加金毛狗脊 12 克，鹿角胶（或霜）9 克，羌活 6 克，以温补脾肾。⑥舌苔白腻，可去熟地，加砂仁 5 克。

[功用] 补肝肾，强筋骨，祛风散寒，除湿通络。

[疗效观察] 用补肾祛寒治尪汤治疗类风湿性关节炎 42 例。显效（关节肿痛与晨僵明显减轻或消失，关节功能明显改善，血沉基本恢复正常）22 例，占 52.3%；好转（肿痛和晨僵均有减轻，关节功能也有改善，血沉下降）17 例，占 40.5%；无效（关节肿痛与功能均无变化）3 例，占 7.2%。总有效率为 92.8%。有 6 例治疗前长期卧床不能行动，治疗后已能下床活动，生活自理。有 1 例治疗前行动需人搀扶，经治疗后现已能骑自行车去长城游览。

21. **类风湿1号汤**[26]

[组成] 细辛30～160克，制附子10～30克，豨莶草30～100克。

[用法] 每日1剂，每剂煎2次，每次煎40分钟，2次煎取200毫升，每次服50毫升，3小时服1次，日服4次，无副作用发生。如1次服量过大，可发生心悸、恶心、呕吐现象，甚至出现心律紊乱。凡患者无严重心血管疾病，可大胆选用治疗。在治疗过程中，切勿操之过急。只要辨证准确，服药后无不良反应，则应坚持服用，直至痊愈。

[加减] 方中重用细辛，配伍附子、豨莶草，其用量可随寒湿凝结之轻重加减。若指间关节肿胀变形疼痛加川芎9克；趾踝关节肿胀变形明显加薏苡仁12克；腰痛明显加狗脊10克、川断10克；颈椎、胸椎、腰椎增生变形、疼痛明显者加白芍、木瓜各10克。

[功用] 温经散寒，祛湿通络。

[疗效观察] 用类风湿1号汤治疗寒湿型类风湿性关节炎100例。痊愈（关节肿痛和全身症状消失，恢复工作者）76例；显效（关节肿痛和全身症状有明显改善，能参加部分轻工作，但还继续治疗者）14例；有效（关节肿痛及全身症状有不同程度改善者）10例。总有效率为100%。

[注意] 服用时遵医嘱，勿自服。

22. **蠲痹化瘀汤**[27]

[组成] 豨莶草50克，独活、羌活、秦艽、赤芍各15克，当归50克，防风、川芎、牛膝、土鳖虫各10克，川续断、桑寄生各20克。

[用法] 上方加水600毫升，文火煎至200毫升，每服100毫升，日服2次，每日1剂。

[加减] 寒湿阻络型，症见肢体关节剧痛，痛有定处，固定不移，活动不利，肌肤麻木不仁者，加川芎、草乌各10克，桂枝、防风各15克，薏苡仁30克。若疼痛游走不定，关节屈伸不利者，加海风藤20克，鸡血藤、络石藤各30克，重用防风、川芎、赤芍至20克。湿热阻络型，症见关节局部红肿疼痛，有环形红斑或风湿结节兼发热者，加金银花、连翘各25克，生地、丹皮各15克，忍冬藤30克、附子5克。肝肾两亏者，症见肢体关节肿大疼痛，盗汗，骨蒸潮热，腰膝酸软者，加地骨皮、银柴胡、杜仲各15克。气血不足者，症见肌肉关节疼痛无力，活动后疼甚，筋脉拘急者，加黄芪50克、党参25克。上肢疼痛者加木瓜、威灵仙各15克。此外，寒湿阻闭脉络，致关节僵硬肿胀变形、肢体肿胀麻木者，加制胆南星、白芥子各10克，白花蛇1条。

[功用] 祛风散寒除湿，活血化瘀，通络止痛。

[疗效观察] 用蠲痹化瘀汤治疗类风湿性关节炎155例。治愈（临床症状及体征消失，血沉、抗“O”等理化检查均正常，随访未再复发）49例，占31.6%；显效（临床症状及体征消失，血沉、抗“O”等理化检查基本恢复正常，偶因工作过劳，遇阴雨天，气候剧变或季节变换之时，仍感屈伸不利，轻微疼痛）58例，占37.42%；好转（临床症状及体征 明显改善，血沉降到30毫升/小时以下，抗“O”从800单位降到400单位，但诸症尚未完全消除）23例，占14.84%；无效（治疗前后临床症状及体征无明显改善，或反增剧，血沉、抗“O”等主要检查无变化）25例，占16.13%。

23. **甘遂乌头汤**[28]

[组成] 甘遂2克（研末清晨空腹米汤送服），制川乌10克，制草乌10克，独活15克，秦艽15克，伸筋草20克，汉防己15克，乌梢蛇20克，麻黄10克，黄芪30克，白芍30克，

鸡血藤 25 克，大枣 5 枚。

[用法] 水煎服，日服 2 次，每日 1 剂。1～3 个月为 1 疗程。

[加减] 属热者加生石膏 30 克、生地 15 克、知母 15 克；属寒者加桂枝 15 克、细辛 5 克、白芷 10 克；痛甚者加乳香 10 克、没药 10 克；属血虚夹瘀者加丹参 20 克、姜黄 15 克；湿重者加苍术 15 克。

[功用] 温经散寒，除湿止痛，益气活血，驱痰行瘀，消肿散结。

[疗效观察] 用甘遂乌头汤治疗类风湿性关节炎关节肿大型病人 38 例。显效（关节肿痛消失，关节功能明显改善，血沉基本恢复正常，类风湿因子转阴或弱阳性）21 例，占 55.26%；好转（关节肿痛明显减轻，关节功能也有改善，血沉下降，类风湿因子弱阳性或阳性）15 例，占 39.43%；无效（治疗前后无变化或变化不大）2 例，占 5.26%。总有效率为 94.33%。

应用甘遂（量且较大），经临床观察，尚未发现副作用。患者在服药 1 周后关节疼痛开始减轻，肿胀逐渐消退、活动度增大，功能得到相应改善。然甘遂终为苦寒有毒之品，药性峻猛，临证时必须详审病情，确有关节肿大者方能用之，待症状改善后相应减量或停用。继用乌头汤加减治疗，对气虚阴伤、脾胃虚弱之人及孕妇慎勿滥用。

（三）单味药治疗

1. 雷公藤（又名黄藤、断肠草）[29]

[药理] 主要含雷公藤总碱。雷公藤为非特异性抗炎剂，具有调节免疫功能和皮质激素样治疗作用，无激素样的十大副作用。本品对非细菌性关节炎疗效较好，止痛效果明显，有解除血液聚集性、降低血液粘滞性及凝固性作用，能纠正纤维性障碍，改善微循环，减低外周血管阻力。

[用法] 煎剂：雷公藤 9～12 克，水煎服，每日 1 剂。宜去皮久煎。酒剂：雷公藤 250 克，加水 2500 毫升，煎至 1000 毫升时过滤去渣，取滤液加冰糖或白糖 250 克，溶化置冷后兑入白酒 1000 毫升即成。成人每次服 15～25 毫升，每日 3 次，饭后服。此外，尚有采用浸膏、冲剂、注射剂等。近年来多采用雷公藤总甙片，其剂量为每日 1～1.5 毫克/公斤体重（最大用量每日不超过 90 毫克），分 3 次于饭中或饭后服。

[疗效] 综合国内 1478 例报告，显效率从 9.1～77.4%不等，总有效率 86.7～98.4%。除对关节疼痛、肿胀、晨僵等症状有较明显疗效外，化验指标也有一定程度的改善。血沉恢复正常者占 12.5～53%，类风湿因子转阴率为 13～75%，X 线关节象亦可见到相应好转。本药取效时间较慢，一般需在服药 1 个半月以上才逐步看到效果，需坚持服药 1 年甚至 2 年，才能取得良好疗效。

[副作用] 本品有一定副作用，主要副作用为消化道和皮肤、粘膜反应，白细胞可中度减少，可致月经紊乱，影响精原细胞分裂，抑制精子生成等；但停药后均可恢复。

[注意] 有心、肝、肾、脾、胃疾患及青年妇女、年老体弱者宜慎用，孕妇忌用。雷公藤是一种剧毒药物，尤其是皮部毒性极大，使用时应严格剥净皮部，包括二主皮及树缝中的皮部分。入煎剂时宜久煎。

2. 青风藤[30]

[药理] 本品主要含青藤碱。有显著抗炎、镇痛、抑制肉芽组织增生及强大的组织胺释放作用，减少关节粘液渗出，增强免疫力，促使类风湿因子转阴。

[用法] 青风藤 30 克，水煎服，黄酒为引，每日 1 剂。

[疗效] 治疗 311 例类风湿性关节炎患者，显效 41 例，占 13.1%；有效 250 例，占 80.3%；无效 20 例，占 6.6%。总有效率为 93.4%。

3. **蚂蚁**[31]

[药理] 蚂蚁含有高能化合物、三磷酸腺苷、甾族化合物、雄性激素、雌性激素、肾上腺皮质激素、蚁酸、氨和 17 种游离氨基酸等。蚂蚁还能合成草体蚁醛，这是一种珍奇补品。蚂蚁体内含锌量很丰富，而类风湿性关节炎病人的血清中含锌量普遍低，故蚂蚁治疗本病是有一定根据的。药理实验证明，蚂蚁有镇静、抗炎、护肝、解痉等作用，能明显抑制二甲苯和甲醛所引起的大白鼠实验性关节炎。

[用法] 丸剂：用蚂蚁的干燥粉末加蜜制成丸剂，每次服 5 克，每日 3 次，1 个月为 1 疗程，可连服 3 个疗程。酒浸剂：用白酒 500 毫升浸泡大蚂蚁 60 克，半月后即可服用。成人每次 15～30 毫升，每日 2 次。

[疗效] 用广西产大黑蚂蚁制成的丸剂（玄驹丸）治疗 51 例类风湿性关节炎患者，经 3 个月治疗，显效率为 75%，有效率为 25%，总有效率为 100%。

[副作用] 本品无毒副作用。偶可出现过敏性皮疹，可能是对异体蛋白的过敏所致。用少量抗过敏药物，皮疹可迅速消失。

4. **生地**[32]

[药理] 生地中主要成分是梓醇、地黄素、维生素 A 样物质、甘露醇、多种糖类及氨基酸等。生地除有强心、降血糖、抗放射损伤、抗真菌及保肝作用外，动物实验表明其水剂及酒浸剂对大鼠关节炎有抑制作用，可拮抗外源性激素对垂体—肾上腺皮质的抑制，又能延缓肝脏对皮质激素的代谢，使血中皮质激素水平升高。这样既可保持皮质激素的一些生理效应，又可对抗其某些副作用。根据临床应用，生地可能有免疫抑制作用或激素样免疫抑制作用，故对变态反应或免疫性疾病有一定疗效。

[用法] 生地 30～90 克，水煎服，每日 1 剂。

[疗效] 每日用生地 90 克，水煎服，治疗类风湿性关节炎 11 例，10 例有效，且多在 5 日内见效。上海第一医学院华山医院对 20 例类风湿性关节炎进行以大剂量生地为主的治疗，近半数病人有较显著疗效。表现为疼痛缓解，肿胀消退。另有半数病人需合用小剂量抗风湿西药才有效。能减少西药用量，说明生地可部分替代这类药物的作用。

[副作用] 个别脾胃虚弱的病人出现腹痛、腹泻。有时是一时性的，数日后自行缓解。可能为所含甘露醇成分引起。应用时先从小剂量开始，逐渐增量，可避免此副作用。

5. **昆明山海棠**[33]

[药理] 药理成分与雷公藤颇相似。含生物碱、皂甙、萜类等多种成分。晚近报告从本品内提得雷公藤甲素、山海棠素、卫矛醇等。药理作用：①具有明显的抗炎作用。动物实验表明，对小鼠皮肤及内脏毛细血管通透性增高有明显抑制作用；对棉球肉芽肿，也有显著抑制作用。②有明显的免疫抑制效果。实验表明对单核巨噬细胞系统功能及体液和细胞免疫功能、Ⅱ及Ⅳ型超敏反应均有抑制作用，而以对细胞免疫的抑制作用为强。③有镇痛作用。

[用法] 片剂：每片 250 毫克，每次口服 2～3 片，每日 3 次。酒浸剂：昆明山海棠根 200 克，加入白酒 1000 毫升中，浸泡 1 个月后开始服用，每次 10～20 毫升（最大量不得超过 30 毫升），每日 3 次，饭后服，忌茶。如不会饮酒者，可于药酒泡好后，加热。待酒挥发后，按

上述剂量比例服用，或将药酒按剂量浇灌于馒头或面包片上食用。

［疗效］用片剂治疗45例类风湿性关节炎患者，治疗结果：①晨僵：45例中晨僵39例，有效24例，占61.5%；显效6例，占15.4%；控制6例，占15.4%。总有效率92.3%。②疼痛：45例全部有疼痛，有效17例，占37.8%；显效22例，占48.9%；控制15例，占11.1%；无效1例。总有效率达97.8%。③肿胀：45例中有肿胀36例，显效7例，占19.5%；有效17例，占47.2%；控制12例，占33.3%。总有效率为100%。④压痛：完全消失17例，占42.5%；基本消失10例，占25%；减轻13例，占32.5%。总有效率为100%。用酒浸剂治疗600例类风湿性关节炎患者，病程最短者3个月，最长者达30年以上，病程为1～10年者最多，共451例，占总数的75.3%；10年以上者较少，其中占比例数最高的是1～2年病程组，共190例。就疗效与病程而言，基本控制率最多的是6～10年病程组，显著有效率最多的是3～5年病程组。总有效率与片剂基本相符。

6．**穿山龙**[34]

［药理］含薯蓣皂甙、多种甾体皂甙和少量25-D-螺甾-3，5-二烯。有强心、扩张血管、促进血液循环、延长血液的凝血时间和凝血酶原时间，并减低凝血酶元指数，降低整体耗氧速度和增加耐缺氧能力，兴奋平滑肌及抗放射作用。

［用法］用穿山龙茎与根，加工成注射液。每毫升含生药1克，每日肌肉注射2次，每次2ml。

［疗效］用穿山龙注射液治疗类风湿性关节炎45例，显效率40%，好转率43.3%，总有效率为83.3%。84%的病人疗程均在1个月以内，16%的病人疗程达2个月，剂量可增大至每次4ml。近期疗效较好，可长期间断应用。

7．**狗骨胶**[35]

［药理］狗骨的主要药理成份存在于骨胶中，其含氨基酸的成份与虎骨极为相似。药理实验提示，狗骨胶有抗炎、镇痛、镇静作用。

［用法］用狗骨熬胶后，用酒烊化服用（用黄酒烊化为好）。每次10克狗骨胶烊化，日服2次，早晚各1次。

［疗效］用狗骨胶治疗类风湿性关节炎53例，有效率为90.8%。其中近控4例，占7.6%；显效16例，占30.2%；好转28例，占52.8%；无效5例，占9.4%。

8．**毛青藤**[36]

［药理］毛青藤所含的毛青藤总碱具有降低血液粘度，改善微循环，抗炎、镇痛及释放组织胺、降血压等作用。

［用法］用根茎制成浓煎剂、片剂、针剂及总碱等剂型，每日用量不超过总碱180毫克（相当生药78克），分2～3次口服，或90毫克，肌肉注射，日1～2次，3个月为1疗程。

［疗效］治疗1524例类风湿性关节炎，结果临床缓解（关节肿胀消退，疼痛基本消失，功能改善＞Ⅰ级，血沉恢复正常）183例，显效625例，有效594例，无效122例，总有效率为92%。各项指标治疗前后比较均有显著性差异（$P<0.01$或0.05）。

［副作用］偶有皮疹、胃痛、恶心、呕吐、牙龈出血、白细胞减少、血小板减少等，停药后可恢复。

9．**羊蹄躅根**[37]

［药理］具有抗炎（尤其能抑制肉芽肿的形成）、镇痛、抑制免疫反应等作用，无明显毒

性及副作用。

[用法] 用羊蹄躅根制成浸膏片，每片含生药 0.5 克。每日 4.5～22.5 克，分 3 次口服。疗程 1～6 个月。

[疗效] 用羊蹄躅根浸膏片治疗类风湿性关节炎 114 例，并与对照组 32 例（每次用双氯灭痛栓剂 50 毫克塞肛，日 2 次，疗程 4 周）比较。结果两组分别临床缓解 19 例、0 例，显效 48 例、7 例，好转 33 例、16 例，无效 14 例、9 例。总有效率为 88%、72%。疗效优于对照组（$P<0.05$）。

10. **蝮蛇**[38]

[药理] 具有镇痛、消肿、改善关节功能及兴奋肾上腺皮质功能和提高网状内皮系统的吞噬能力，并具有皮质激素非特异性抑制炎症渗出作用，可以防止关节修复过程中纤维化作用。

[用法] 用本品浸酒后取 100%蒸馏液制成 7072 注射液。每次肌肉注射 4ml，每日 2 次。2～6 个月为 1 疗程。严重者采用 1 次肌注 8ml，日 2 次。

[疗效] 用本注射液治疗类风湿性关节炎 45 例，结果显效（晨起僵硬时间、疲劳时间、镇痛药用量、握力大小、关节点数、走 20 米时间、血沉、类风湿因子及粘蛋白等 9 项指标中 5 项以上指标明显好转）9 例，好转（以上 9 项指标中 3 项以上明显好转）27 例，无效 9 例。

（四）其他疗法

1. 针灸疗法

针灸作用于人体的经络系统，能通经活络，疏通气血闭滞，祛除邪气，消肿止痛；又能调理阴阳，补益气血，强壮筋骨。该疗法见效快，无副作用，操作简便，易于长期坚持。兹将几个行之有效的针灸处方介绍如下。

处方一

（1）取穴：主穴：颈部关节取大椎、天柱、风池；肩关节取肩髃、肩髎、臑俞；肘关节取曲池、曲泽、手三里；腕关节取阳池、外关、阳溪、腕骨；指关节取八风、八邪、合谷；脊柱关节取大椎、身柱、腰阳关、腰俞；髋关节取环跳、居髎、秩边；膝关节取膝眼、阳陵泉、膝阳关、梁丘；踝关节取昆仑、丘墟、解溪、照海。配穴：风胜配风池、血海、膈俞；寒胜配肾俞、关元；湿胜配足三里、商丘；热胜配大椎、曲池、合谷；五脏痹配五脏的俞募穴。

（2）方法：实证以毫针泻法为主，即针下得气后捻转角度大，用力重，频率快，轻插重提，针尖逆经脉循行方向刺入，出针时摇大针孔。也可加用梅花针扣刺。其中寒邪偏胜者可用艾灸或深刺留针，疼痛剧烈的可用隔姜灸；湿邪偏胜者可针灸并用，或兼用温针和拔罐法。虚证以补法为主，即针下得气后捻转角度小，用力轻，频率慢，重插轻提，针尖顺经脉循行方向刺入，出针后迅速按揉针孔。虚寒型者可加用艾灸或温针灸。针灸法可每日或隔日 1 次，每 15～20 次为 1 疗程。

处方二

（1）针刺：第一组选用合谷、外关、曲池、肾俞、夹脊、脾俞透胃俞；第二组选用风市、血海、太冲、解溪、足三里、阳陵泉。每日 1 次，两组穴位交替使用，中弱刺激，留针 30～40 分钟。

（2）水针：以维生素 B_1 穴位注射，上肢取三角肌中点，下肢取环跳穴。每日 1 次，每穴

2 毫升。

（3）艾灸：分别选用阳池、鹤顶、大椎、身柱、筋缩、脊中、命门、腰阳关等穴。将艾绒做蚕豆大小的艾炷，施以瘢痕灸。每日 1 次，每次 2 穴，每穴 1～2 壮。灸治当天停止针刺和水针治疗。在灸后化脓期间，为保持局部清洁，防止污染，可酌情涂少量龙胆紫药水，并加盖敷料，保护灸疮。

处方三

（1）取穴：肩、肘关节：主穴取肩髃、肺俞、曲池、合谷，配穴取支沟、后溪、尺泽、曲泽、天府、肩髎。腕、指关节：主穴取外关、曲池、合谷，配穴取阳溪、阳池、阳谷、中渚、八风、十宣、鱼际、经渠、太渊。脊柱关节：主穴取风府、大椎、腰俞、肺俞、厥阴俞，配穴取环跳、委中、昆仑。下肢关节：主穴取肾俞、大肠俞、八髎、腰俞、环跳、阳陵泉，配穴取血海、风市、伏兔、阴市、行间、解溪、委中、承山、八邪、绝谷、昆仑、内庭、太冲、照海、中封。

（2）方法：用捻转法进针，待产生麻胀感并向四周或向上下扩散时，停止进针，并留针 10～15 分钟。隔日或每日施针 1 次。对酸痛软麻者，多灸少针。胀痛者，只针不灸。

2. 推拿疗法

推拿疗法具有通经络、畅气血的作用，从而起到消瘀、行滞、散肿、止痛的功效，并能增进局部营养，防止肌肉萎缩废用，对类风湿性关节炎有一定疗效，临床可根据病情和部位酌情运用。

（1）上肢：仰卧位：第一步用揉法，从肩部至腕部到掌指，重点在内侧。第二步先用拇指推摩法，后用拿法，施于上述部位，重点在各关节周围。第三步用指按法，按肩内俞、曲池、少海、手三里、合谷等穴；指间关节用捻法，配合各关节屈伸、左右旋、牵引等辅助活动。坐位：第一步医者右脚踏在患者坐的凳子边缘上，将患者上肢提起置于医者膝上，用揉法施于前臂至肩部，重点在外侧。第二步用摇法，环转摇动肩关节、腕关节，各五六次。第三步搓患肢，从上臂至前臂往返五六次。随之拿肩并穴，并拍肩结束。

（2）下肢：仰卧位：第一步用揉法，施于大腿前及内外侧经膝部至小腿。第二步先用推摩法，后用双手拿法，施于以上部位，重点在各关节周围。第三步用拇指按法，按鹤顶、膝眼、阳陵泉、足三里、解溪等穴。第四步先用揉法，施于足背及趾部。随之用捻法，捻趾关节，配合踝关节屈、伸、内翻、外翻以及屈膝、屈髋、摇髋等辅助活动。俯卧位：第一步先用揉法，后推摩法，施于臀部、大腿后侧至小腿后侧。第二步先肘按居髎、环跳，指按委中、承山，同时拿昆仑、太溪等穴。随之用摩法，加以调和。最后进行“后提腿”和膝关节向臀部屈伸等辅助活动。

3. 食疗

（1）乌头粥：生川乌 12 克（去皮尖），香熟白米半碗，鲜姜汁 1 茶杯许，蜂蜜 3 大匙，苡米末 6 克。将乌头研末同白米、苡米用慢火熬熟成稀粥，下姜汁、蜂蜜搅匀，空腹温服。适用于风寒湿痹阻证。

（2）生姜粥：粳米 50 克，生姜 5 片，连须葱数根，米醋适量。将生姜捣烂与粳米同煮作粥，粥将熟加葱、醋。食后覆被取汗。适用于风寒湿痹阻证。

（3）苡仁汤：苡仁 30 克，薄荷 10 克，荆芥 10 克，葱白 10 克，豆豉 10 克，生姜 5 克。先水煎薄荷、荆芥、豆豉、生姜、葱白，取滤液加入苡仁煮作粥，空腹服用。适用于风湿痹

阻证。

（4）薏米 50 克，白糖 50 克，干姜 9 克。先将薏米、干姜加水适量煮烂成粥，再调白糖服食。每日 1 次，连服 1 个月。适用于寒湿痹阻证。

（5）当年公鸡 1 只，鹿茸 3～6 克。将公鸡、鹿茸用少量水在锅中焖熟，不放油盐，吃肉喝汤，两天吃完，可根据情况每隔 1 周或半月吃 1 次。适用于寒痹。

（6）赤小豆粥：赤小豆 30 克，白米 15 克，白糖适量。先煮赤小豆、白米，待烂熟后加入白糖食用。适用于湿热痹阻证。

（7）木瓜汤：木瓜 4 个，蒸熟去皮，研烂如泥；白蜜 1 公斤，炼净。将两物调和匀，放入净瓷器内盛之。每日晨起，用开水冲调 1～2 匙饮用。凡属湿热阻滞经脉而引起的筋骨疼痛，可服用此汤。

（8）茄子根 15 克，水煎服。每日 1 次，连服数日。也可用茄子根（或白茄根）90 克，浸入 500 毫升白酒中，3 日后服用。每次饮 15 毫升，每日 2 次，连服 7～8 天。适用于热邪偏盛，红肿热痛的湿热痹阻证。

（9）白木耳桂圆汤：白木耳 200 克，桂圆 100 克。先将白木耳浸透去蒂，煮沸后以文火炖至半熟，入桂圆肉，再共煮至白木耳烂、桂圆肉出味为度。每晨 2 汤匙温热服用。本方祛寒清热，适用于寒热错杂证。

（10）五加皮 50～100 克，糯米 50～100 克。将五加皮洗净，加水适量泡透煎煮，每 30 分钟取煎液 1 次，只煎取 2 次，再将煎液与糯米同煮成糯米干饭，待冷，加酒曲适量拌匀，发酵成为酒酿，每天随量佐餐食用。适用于湿邪偏胜者。

（11）茯苓粉粥：茯苓粉 30 克，白米 30 克，大枣 10 枚，砂糖少许。先煮白米几沸后放入大枣，煮至成粥后放入茯苓粉、砂糖，搅匀不拘时食之。适用于痰浊痹阻证。

（12）桃仁粥：桃仁 15 克，粳米 160 克。先将桃仁捣烂如泥，加水研汁，去渣，用粳米煮为稀粥，即可食用。本方有活血祛瘀、通络止痛之功效，适用于瘀血痹阻证。

（13）鹿茸酒：鹿茸 3～6 克，山药 30～60 克，白酒 500 毫升。将鹿茸、山药浸泡在酒中，封固 7 天后饮用，每次 1 小盅。适用于肝肾阳虚证。

（14）桑椹子粥：桑椹 20 克，粳米 150 克。用水将桑椹、粳米煮为粥服用。适用于肝肾阴虚证。

（15）当归生姜羊肉汤：当归 30 克，生姜 30 克，去骨羊肉 500 克。将当归、生姜用水洗净后切片，羊肉剔去筋膜，入沸水锅内焯去血水后，捞出晾凉，切条备用。取沙锅掺入清水适量，然后将切成条的羊肉、当归、生姜下入锅内，在武火上烧沸后，打去浮沫，改用文火炖至羊肉烂熟即可食用。适用于气血两虚证。

（16）白芥莲子山药糕：白芥子粉 5 克，莲子粉 100 克，鲜山药 200 克，鲜扁豆 50 克，陈皮丝 5 克，红枣肉 200 克。先将山药去皮切成薄片，再将扁豆、枣肉捣碎，与莲子粉、白芥子粉、陈皮丝共和，加适量水，调和均匀，蒸糕作早点食用，每次 50～100 克。本方有健脾补气、豁痰通络之功，对脾胃气虚、健运失司、痰浊痹阻而致的肢体痹痛、麻木沉着者，颇为有效。

4. **外治法**

（1）二乌外敷法：生川乌、生草乌、生南星、生半夏各 20 克，桂枝、桑枝、肉桂各 30 克，干姜 20 克，麻黄 25 克，细辛 15 克，木防己 30 克，秦艽 30 克，桃仁 20 克，红花 20 克，桑

树根皮 20 克，全蝎 20 克，防风 30 克，豨莶草 50 克，苍术 30 克，丝瓜络 20 克，紫花地丁 30 克。上药加水 3000 毫升，煎取汁 1500 毫升，滤取药渣加水 3000 毫升，煎取汁 1500 毫升，两次煎汁得 3000 毫升后，再加 60 度烧酒 1000 毫升，冷却后装瓶备用。隔日 1 次，外敷或熏烤。本方具有散寒祛风除湿、通经活络止痛之功，适用于风寒湿痹阻证寒邪偏胜者。

（2）风仙膏：鲜风仙茎 500 克（连枝叶花根茎，洗净日曝半干），大生地 180 克、当归须 120 克，急性子 150 克，天南星 90 克，川乌 60 克，草乌 60 克，干姜 60 克，羌活 60 克，独活 60 克。上药各切片。用麻油 7500 毫升煎沸，入风仙茎熬 20 分钟，俟不爆再入生地，又熬 10 余分钟，乃入诸药，煎枯滤净。另入净锅，慢火熬沸，入筛净黄丹、筛细铅粉各 750 克，柳木棍不住手搅极匀，膏成离火。予研细麝香 5 克，乳香、没药去油各 30 克，上官桂末、丁香末各 60 克调匀，入水成团，每团摊成厚膏贴之。本膏适用于湿热痹阻证。

（3）二乌伸筋通痹方：生川乌 20 克，生草乌 20 克，桂枝 10 克，伸筋草 20 克，丹参 30 克，艾叶 10 克，川芎 15 克，威灵仙 15 克。上药水煎，过滤取汁约 500 毫升，用纱布蘸药汁，用力擦洗患处，每次 5 分钟，每日 3～4 次，每剂连用 5 天为 1 疗程，洗擦时药温以 60℃左右为宜。此方不可内服。适用于类风湿性关节炎偏寒者。

（4）生川乌、生草乌、生南星、生半夏、松节各 30 克。研末，酒浸，擦患处。此方不可内服。

（5）威灵仙、蚕砂各 100 克，红花 30 克，以米醋 1000 毫升，浸泡 7 天后，用其药液外擦局部，每日 2～3 次。

（6）海桐皮、桂枝、海风藤、路路通、宽筋藤、两面针各 30 克。水煎趁热熏洗关节，每日 1～2 次，每次 20～30 分钟。

（7）祛风活血洗方：羌活 9 克，独活 9 克，桂枝 9 克，当归 12 克，荆芥 9 克，防风 9 克，秦艽 9 克，路路通 9 克，川红花 9 克。煎水熏洗患处，每日 2～3 次，每剂可用 2～3 天。

（8）芦根 30 克，天竺根 30 克，枸杞根 30 克，金银花根 30 克，桑树根 30 克，加水煎成浓汁，置于盆内，先熏后洗患部，每日 2～3 次。适用于偏热型。

（9）麸皮 500 克，苍术粉 30 克，广木香粉 30 克，乳香粉 15 克，没药粉 15 克。先把麸皮炒热，加入木香、苍术、乳香、没药之药粉，喷洒入少量清水，再炒一二分钟，装入布袋，热熨患处。药袋冷即更换，每日 2 次，每次 30～50 分钟。

（10）生麻黄 10 克，北细辛 10 克，苍术 10 克，皂角 10 克，菖蒲 10 克，乳香 10 克，没药 10 克，共研粗末，拌入晚蚕砂 150 克，和适量黄酒炒烫，装入布袋。从上到下，每疼痛处各熨 5～10 分钟。药袋冷即换。每日 1 次，指、趾不可熨，给风寒湿邪留有出路。

三、中西医结合治疗

中西医结合治疗可使中医和西医互为扬长避短，弥补中医或西医单纯治疗的不足，以取得较为满意的疗效。现将有文献报道者摘录如下，以供参考。

方法一[39]

[治疗方法]

（1）关节腔积液者先行抽液，再作水针注射。抽液位置：膝关节，髌骨上方两旁，压之有波动感处或双膝眼处直刺进针 1～2cm；肘关节，屈肘直刺或肘后方鹰嘴与外上髁之间进针。

（2）取穴：指关节，阿是穴加八邪。腕关节：阿是穴加内关配鱼际。肘关节，曲池、阿是穴配内关。肩关节：肩贞加三角肌配肱二头肌短头。踝关节：踝关节腔加跟腱配三阴交。膝关节，局部加膝眼配阳陵泉、风市；臀部，梨状肌加风市配三阴交、承山。骶骨：阿是穴加骶骨处。

（3）水针方法：先做普鲁卡因皮试。取确炎舒松-A10mg（上海第九制药厂生产）加2%普鲁卡因4ml，分4～6处注射。注射前先回抽无血再注射，1次用完。每间隔5～7日注射1次，2次为1疗程。应避开血管及神经。

（4）中药：青藤根50克，桂枝10克，闹羊花根20克，防己20克，雷公藤根（制）20克，牛膝根20克，威灵仙20克。加减：四肢麻木加伸筋草、丹参各20克；纳差、上腹部不适加神曲、山楂各20克；腰背酸痛去桂枝，加狗脊30克、木瓜30克、杜仲10克。每日1剂，用文火煎15～20分钟，早晚各服1次。服后反应较重者每剂分2日服，1日1次。25日为1疗程，停3日再行第2个疗程，以3～4疗程为佳。

[治疗结果]

用上法治疗类风湿性关节炎100例，痊愈65例，显效25例，有效7例，无效3例。

方法二[40]

中药：桂枝、杭芍、鸡血藤、昆明山海棠各15克，麻黄、知母、秦艽、防己各10克，茯苓20克，白花蛇1条（研细粉兑服）。水煎服，每日3次，每次200ml，日1剂。发热加生石膏30克；晨僵明显者加细辛；关节肿胀加海桐皮、草薢；疼痛难忍加乳香、没药、蜈蚣。

西药：助应素每次2ml，肌肉注射，每日1次，重者2次；晨僵明显者配合口服左旋咪唑50mg，每日1次，连服1周。

[治疗结果]

用本法治疗类风湿性关节炎发作期20例，疗效按全国痹病学组制定的疗效评定标准进行评定，结果治愈6例，显效9例，好转4例，无效1例。

方法三[41]

[治疗方法]

（1）中药内服法：以益气补血、养肝滋肾、祛风散寒、通痹止痛立法，自拟基本方：黄芪15克，党参12克，当归10克，骨碎补10克，制川乌9克，威灵仙15克，地龙10克，蜈蚣1～2条。水煎服，每日1剂。关节僵硬屈伸不利者，加强补肝肾、强筋骨、软坚、祛痰、通络、解痉等药，可选加何首乌、枸杞子、桑寄生、川断、杜仲、狗脊、马钱子、炮山甲、白芍、甘草等；对顽症选加动物性药，如全蝎、僵蚕、乌梢蛇等。

（2）电贴灸：先按痛点或按穴位打梅花针、拔火罐，去火罐后敷以止痛散（丁香、肉桂、生川乌、乳香、没药、蜈蚣等组成，以75%酒精调成糊状），然后用其研制的电灸器烤照（无此装置可用艾条灸、红外线灯、60瓦灯泡代替），每次烤照15～20分钟，烤毕在药膏上贴以伤湿止痛膏。间日1次，10次为1疗程，疗程间隔5天。副作用仅见少数局部发红、小丘疹（发痒），去掉后贴之止痛膏，不久自然消退。

（3）西药疗法：采用5～10%葡萄糖液500ml加地塞米松20～40mg、654-2 10～20mg静脉滴注5天。少数不可滴注者可改用肌注地塞米松、654-2各10mg。其次酌情加用左旋咪唑、磷酸氯奎、昆明山海棠、维生素类及非甾体类抗炎止痛药，如扑炎痛、消炎痛等。

[治疗结果]

用本法治疗类风湿性关节炎患者60例，临床治愈（临床症状消失，关节功能恢复，类风湿因子、血沉均正常）24例，占40.0%；好转（关节疼痛减轻，关节功能基本恢复，血沉正常或偏高，类风湿因子阴性或弱阳性）35例，占58.3%；死亡1例，占1.7%。总有效率为98.3%。自身对照，本组中有15例病程在2年以上者均用过激素与中药，但疗效均不佳，采用本法，临床治愈10例，好转5例。

方法四[42]

[治疗方法]

中药配合西药强的松、消炎痛等治疗。

（1）中药方面：以祛风除湿、温经通络及活血行气为主要治则。常用药：川乌、草乌、寻骨风、钻地风、络石藤、海风藤、羌活、独活、防风、桂枝、桑枝、秦艽、威灵仙、白芍、赤芍、当归、川芎、红花等。按辨证论治组方，但以川乌、草乌为主药，每例方剂中均用之。开始时川乌、草乌每日各6～9克，每3～5日各增加3克，最大剂量为各30～40克。症状完全控制后，先撤减类固醇抗炎药，待西药完全停用后，再随证调整和减少中药的味数或剂量。最后，取8～10味药（仍以川乌、草乌为主药）加白花蛇、地龙之类虫药，制成丸剂，继服数月以巩固疗效。也可用小活络丹巩固疗效。川乌、草乌均有毒性，应根据病情、体格，剂量个体化，同时应交待煎煮时间宜长以去其毒性。开始剂量宜小，并密切观察。如有口唇麻木等早期毒性反应应，减量或停用。

（2）西药方面：病人处于类风湿活动期，血沉快速、血清RF阳性或粘蛋白明显增高者，开始用强的松每日20～30mg，服用10～14日；或取效后即减量，每3～5日减去5mg；多数病人在4～6周内完全停药。病初疼痛剧烈，关节肿胀明显者，加用消炎痛或保泰松；疼痛减轻后减量，乃至停药。

[治疗结果]

钱桐荪氏采用上述方法治疗类风湿性关节炎取得较满意疗效，显效率达82.6%，总有效率95.6%。

方法五[43]

[治疗方法]

中药配合直流离子导人。

取雷公藤总苷1克，将其溶于95%乙醇200毫升内，接直流电离子导入仪，常规阳极导入。每日1次，每次20分钟，18次为1疗程，疗程间隔2周，一般作2～4个疗程。

[治疗结果]

用本法治疗类风湿性关节炎40例，38例有效，有效率为95%。

方法六[44]

[治疗方法]

手法配合药离子超短波。

药物：雷公藤、忍冬藤、七叶一枝花各500克，川乌、草乌、南星、当归、乳香、没药、红花、元胡各100克。手法：①垫指按揉法。患者俯卧，医者用一手拇指桡侧垫于另一手掌根下，沿患者棘肌作连贯性地上下左右按揉，以患者感到酸胀，透热为度。②平推法。患者取俯卧位或取坐位，在背部涂适量冬青油之类，医者用手掌或小鱼际吸定患部并作上下左右直线往返均匀推擦，以达到深层透热为度。药离子超短波：上药高压提炼为水溶液500毫升

备用。用50×50厘米的消毒毛巾两块，置于患部并加上述药液至浸透为度。上置超短波正负电极各一块，以砂袋加压，然后进行超短波治疗约半小时。每次均于手法治疗后加药离子超短波，隔日1次，7次为1疗程。

[治疗结果]

用本法治疗类风湿性关节炎50例，痊愈32例，有效13例，总有效率为90%。

方法七[45]

[治疗方法]

中西医组（111例）：中药用藤蚣汤Ⅰ号，用雷公藤、龙须藤、络石藤、忍冬藤、虎杖各20～30克，蜈蚣2～4条。随证加减。日1剂，水煎服，小儿用量酌减。西药用昆明山海棠片，每次18～27mg，日2次；炎痛喜康每次20mg，日1次；强的松每次10mg，日3次。选1～2种口服，小儿按公斤体重计算。

中医组（111例）：单用上述中药。

西医组（111例）：单用上述西药。

均30日为1疗程，治疗2个疗程。

[治疗结果]

三组分别痊愈98例（88.29%）、59例（53.15%）、41例（36.93%）；显效10例、42例、41例；有效3例、10例、29例。中西医组治愈率、血沉下降率、3项症状（关节痛、晨僵、肿胀）改善时间均优于其它2组（P<0.001、0.05、0.01）。

方法八[46]

[治疗方法]

治疗组（102例）：顽痹药酒，即露蜂房、干地龙、黑老虎、桂枝、羌活、独活、老鹳草、路路通、桑寄生、赤芍、桃仁、枸杞子、甘草各30克，蜜蜂幼虫、蕲蛇、豨莶草、千年健、海风藤、络石藤、海桐皮、威灵仙、五加皮、续断、狗脊、桑枝、松节、伸筋草、骨碎补、丹参、片姜黄、牛膝、当归、党参、黄芪、女贞子、杜仲各50克，乌梢蛇、木瓜、蚕砂、鸡血藤、熟地、黄精各100克，闹羊花、红花各10克，红茴香根、四叶对、川乌、草乌、乳香各20克，金钱白花蛇1条，蜈蚣3条，水蛭10条。装酒坛内，置人饮用烧酒，浸透后高出药物2～3寸。密封，天冷1个月，天热7～15日。用时先摇坛，取液500毫升，滴人活鳝（4条，每条3两）血，每次用10～30毫升，最多不超过40毫升，日2～3次，饭后口服。3个月为1疗程，共1～4个疗程。

对照组（78例）：用雷公藤片，每次1～3片，日3次口服；消炎痛，每次25mg，日3次口服。

[治疗结果]

两组分别治愈36例、11例；基本治愈47例、16例；好转13例、24例；无效6例、27例。总有效率为94.12%、65.38%（P<0.01）。治疗前后两组炎症积分值、血沉及类风湿因子均有显著性差异（P<0.001或0.05）。用本药酒有少数患者出现皮肤瘙痒或肝胃部不适。

方法九[47]

[治疗方法]

治疗组（200例）：用龙马自来丹：马钱子1克，地龙12克。视年龄病情增加剂量。关节肿痛加桃仁、元胡；反复发作加穿山甲；热重加金银花、连翘；寒重加熟附片、麻黄；气血

虚加人参、当归；肾阳虚加补骨脂。日1剂，水煎服或保留灌肠。另用硫黄溶液（硫黄18克，50%氢氧化钠溶液120毫升，0.5%氢氧化钙溶液300毫升，混合装瓶，扎紧瓶口，高压加热至硫黄溶化）100毫升，加入37℃水中沐浴20分钟，水温每日增加0.5℃，直至39℃，浴后按摩15分钟。

对照组（66例）：用消炎痛25mg，保泰松100mg，氯灭酸300mg，地塞米松0.75mg（缓解后0.25mg），均日3次；氢化可的松50mg，关节腔注射；硫唑嘌呤50mg（缓解后用半量），日3次；红外线理疗。

两组病人活动期卧床，缓解期动静结合，均治疗10个月。

[治疗结果]

两组分别痊愈94例、16例；显效60例、17例；有效40例、12例；无效6例、21例。两组疗效比较有显著性差异（$P<0.01$），平均有效时间分别为57.6日、84.4日。

方法十[43]

[治疗方法]

陈芝材以蛇制剂为主配合西药治疗本病。初诊时视病情轻重确定治疗方案，其方案分为四类：一类为蛇制剂加非激素类消炎止痛药；二类为在一类基础上辨证使用中药糖浆、合剂等，以利湿消肿，祛寒清热；三类为在二类中药基础上加活血化瘀、和营止痛中药；四类为在三类中药基础上加益气血、补肝肾中药，严重者用激素、氯奎等。

[治疗结果]

经随访13年的140例患者，有效率达78.56%；随访5年以上的100例患者，有效率为88%。

方法十一[49]

[治疗方法]

石家庄市第三医院针对多数病人已应用过多种方法治疗，或正在服用多种抗风湿药物。不少病人对消炎镇痛药及激素产生依赖性。以中医扶正祛邪法具有调节免疫作用为理论依据，着眼于类风湿性关节炎的免疫发病机理。应用中西医结合的方法，研制出抗风湿一、二、三号冲剂，应用于临床获得了较好疗效。抗风湿一号冲剂（羌活、独活、桑寄生、秦艽、防风、鸡血藤、桂枝、生地、党参、杜仲、茯苓、白术、泽泻、甘草）具有疏风祛湿、消肿止痛、养血活络、调节免疫作用。抗风湿二号（羌活、独活、秦艽、防风、桑寄生、桂枝、制附子、生地、鸡血藤、茯苓、泽泻、川断、甘草）具有温经通脉、驱风除湿、养血活络、祛寒止痛、调节免疫作用。抗风湿三号（生地、熟地、骨碎补、鸡血藤、丹参、桑寄生、秦艽、桂枝、杜仲、川断、肉苁蓉、鹿衔草、甘草）具有补肾健骨、养血活络、疏风止痛、抑制体液免疫、调节免疫紊乱、拮抗激素副作用、保护肾上腺等作用。

[治疗结果]

经辨证选用抗风湿冲剂治疗200例类风湿性关节炎患者，其中60%以上的患者应用过激素治疗，就诊时仍服用激素而不能减量或停用者占35.5%，其中18例（25%）已引起股骨头缺血性坏死。经治疗后，84%的应用激素的患者已完全停用，另有15%的难以完全停用激素的患者，其激素用量已减少为原服剂量的1/2，防止了应用激素产生的严重副作用。对于减量、停用激素或其他药物时，应在服用抗风湿冲剂1～2个月后，病情稳定或好转时进行，且需逐渐减量，直至减完；不可突然停用，以防病情反复。

方法十二[50]

劳乙年应用以蛇制剂为主的中药搜风通络、理湿散寒、养血祛风，配合西药治疗。①急性期或慢性活动期，用蛇酒或蛇粉加消炎痛、呋喃硫胺。肿痛甚者加问荆糖浆（问荆、蛇莓、小青叶、河白草、蒲公英、菝葜等）；关节冷痛者加用风湿糖浆（党参、当归、生地、红花、制川乌、制草乌、牛膝、虎杖等）。②慢性期或稳定期，用蛇制剂加中药糖浆等，逐步停用西药。关节肿大强直者注射骨宁针；气血双亏者用养荣糖浆（黄芪、党参、当归、白芍、茯苓、甘草等）；筋脉拘挛、下肢抽筋者用舒筋糖浆（牛膝、防己、当归、伸筋草、木瓜等）。

第五节　预　防

从西医角度来看，类风湿性关节炎的病因病理尚未彻底阐明，故迄今尚缺乏明确的预防措施。中医学早就有“治未病”的思想。《素问·四气调神大论篇》中说：“……夫病已成而后药之，乱已成而后治之，譬犹渴而钻井，斗而铸锥，不亦晚乎？”形象地说明了预防疾病的重要性和必要性。根据本病的常见病因和诱发因素，可采取以下中西医综合预防措施。

（一）加强体育锻炼，增强体质

坚持体育锻炼，如保健体操、太极拳、广播体操、跑步、打球、散步等，可通过活动肢体，使全身气血流畅，调节体内阴阳平衡，达到增强体质，提高人体对外环境变化的适应能力，以抗御风寒湿热邪气侵袭，减少发病机会。《内经》说的“正气存内，邪不可干”，“邪之所凑，其气必虚”，正是这个道理。

（二）劳逸适度

中医学主张起居有常、不妄作劳是强身却病的主要措施。日常生活中，注意劳逸结合，生活规律，可保持精力充沛和体魄健壮，避免外在致病因素的侵袭。过度劳累，正气易损，风寒湿等邪可乘虚而入。流行病学调查，在类风湿性关节炎中，以工人、农民较多，说明过度劳累与发病有一定关系。临床上，有些类风湿性关节炎病人的病情虽已基本控制，处于疾病的恢复期，但往往由于劳累而重新加重或复发。所以，要劳逸结合，劳动和体息要适度。

（三）防范风寒、潮湿

本病成因为风寒湿等邪气杂至，临床上可见到多数病人发病前或疾病复发前有汗出当风、受凉、接触冷水等病史，说明这些因素在本病发生发展过程中起着重要作用。故日常生活中应注意避风、御寒、防潮湿，特别是潮湿、寒冷地区更应注意。具体措施如劳动时汗出勿当风吹，里衣汗湿之后应及时更换，不穿湿鞋、湿袜等；劳动和运动后，不可乘热汗出便入水洗浴；垫褥、被盖应勤洗勤晒，以保持清洁干燥；暑热当令，不可贪凉受露、暴饮冷饮；冬季应注意保暖；感邪之后应积极彻底治疗，防止病邪内传，病情较重或出现全身症状者应卧床体息。

（四）保持精神愉快

西医认为机体免疫功能受神经和内分泌因素的调节，保持精神愉快对维持机体的正常免

疫调节功能有重要意义。中医学认为七情内伤可引起人体气血失和，阴阳失调，抗病能力下降，易为外邪入侵而发病。临床上有些患者在患病前有明显的精神刺激，如心情压抑、过度悲伤等；发病之后，情绪的波动又往往使病情加重。这些均提示精神因素对本病有一定影响，故保持精神愉快对预防本病有一定意义。

（五）早期诊治

尽管本病的致残率较高，但如能早期诊治，仍可控制病情发展，甚至治愈。所以提高医生的诊疗水平，普及本病的一般知识，增强有关节疼痛症状的病人对本病的警惕性，可使本病获得早期诊治，以控制病情发展，降低致残率和增加劳动能力。

（六）防治感染，不滥用药物

有些患者是在患了扁桃体炎、咽峡炎、鼻窦炎等感染性疾病后而发病，所以应预防和控制体内感染病灶。再者，本病的病因病理虽未完全阐明，但其免疫病理损害已被证实，现发现许多药物对机体的正常免疫机能有不良影响，滥用药物容易使一些具有半抗原性质的物质进入体内，而引起免疫病理损害，使人发生疾病。故防止滥用药物，对类风湿性关节炎也有一定预防意义。

参考文献

[1] 卢君健主编．实用结缔组织病学．北京：人民卫生出版社，1987：588

[2] 卢君健主编．实用结缔组织病学．北京：人民卫生出版社，1987：596

[3]、[4] 卢君健主编．实用结缔组织病学．北京：人民卫生出版社，1987：613

[5] 卢君健主编．实用结缔组织病学．北京：人民卫生出版社，1987：617

[6] 刘生．吉林中医药 1989；(1)：26

[7] 朱成玲．中草药通讯 1979；(11)：40

[8] 谌铁民．中医杂志 1980；(6)：63

[9] 史建功．北京中医 1988；(2)：28

[10] 崔美德．江西中医药 1990；(3)：24

[11] 栾炯，等．辽宁中医杂志 1991；(6)：30

[12] 张瑞芬．四川中医 1990；8 (12)：26

[13] 汪悦．江苏中医 1990；11 (2)：1

[14] 宋绍亮．山东中医学院学报 1988；12 (2)：125

[15] 丁世名．浙江中医杂志 1980；15 (2)：53

[16] 黄宗勤．福建中医药 1988；(5)：14～15

[17] 张忠良，等．陕西中医 1987；8 (12)：554

[18] 李振华．湖北中医杂志 1984；(2)：25～26

[19] 黄水源．福建中医药 1990；(4)：11

[20] 游开泓，等．福建中医药 1988；(11)：12

[21] 李军．北京中医 1988；(6)：35

[22] 朱章志．湖南中医杂志 1991；(4)：3

[23] 王玉度．吉林中医药 1990；(6)：14

[24] 李拥，等．湖北中医杂志　1989；(6)：9～10
[25] 侯平．辽宁中医杂志　1982；(2)：9
[26] 冯恒善．河北中医　1984；(1)：16～17
[27] 邱若旗．吉林中医药　1990；(1)：11
[28] 李汉章．北京中医　1988；(6)：33
[29] 阎洪琪主编．类风湿名医名方荟萃．北京；新世界出版社，1992；274～284
[30] 胡熙明主编．中国中医秘方大全．上海；文汇出版社，1989；928
[31] 王怀山．辽宁中医杂志　1987；(4)：33
[32] 冯金标．类风湿性关节炎的诊断与治疗．石家庄；河北科学技术出版社，1988；53～57
[33] 阎洪琪主编．类风湿名医名方荟萃．北京；新世界出版社，1992；208～211
[34] 胡熙明主编．中国中医秘方大全．上海；文汇出版社，1989；931
[35] 陈和，等．中成药研究　1982；(4)：25
[36] 张欣，等．陕西中医　1995；16 (5)：209
[37] 罗永炎，等．中国中西医结合杂志　1993；13 (8)：489～490
[38] 吉林中医药　1981；(2)：37
[39] 贝新法．中西医结合杂志　1990；10 (5)：291
[40] 云南中医学院学报　1991；14 (3)：20
[41] 王厚生，等．江西中医药　1992；23 (5)：44
[42] 卢君健主编．实用结缔组织病学．北京：人民卫生出版社，1987；619～620
[43] 中华理疗杂志　1983；6 (1)：62
[44] 浙江中医学院学报　1986；10 (3)：12
[45] 蔡俊．实用中西医结合杂志　1994；7 (12)：704～705
[46] 陈觉明，等．浙江中医学院学报　1994；18 (1)：12～14
[47] 卢书山．浙江中医杂志　1994；29 (9)：401
[48]、[50] 潘青海主编．中西医结合治疗类风湿性关节炎．太原：山西高校联合出版社，1992；158～160
[49] 冯金标．类风湿性关节炎的诊断与治疗．石家庄：河北科学技术出版社，1988；56～64

第二章　强直性脊柱炎

第一节　概　述

强直性脊柱炎（Ankylosing Spondylitis）简称强脊炎（AS），是一种以骶、髂、腰椎、胸椎、颈椎呈隐渐发病，导致脊柱强直或驼背固定的疾病。早期，一般从骶髂关节炎症开始发病。因其对致敏绵羊血球凝集试验（RF）呈阴性反应，又称血清阴性关节炎，以区别于类风湿性关节炎。所谓“中枢型类风湿”、“类风湿性脊柱炎”都是50年代旧的称谓。1963年国际类风湿会议，定名为强直性脊柱炎。有学者估计我国约有AS患者100万之多，多发于男性，男女比率7～14∶1，好发年龄为15～30岁，其中以15～25岁发病率较高。本病起病缓慢，病程长，致残率高，其病因尚不清楚，目前也缺乏特异性治疗手段。

中医学认为本病属于痹症范畴内的骨痹、肾痹、历节风、竹节风等。《黄帝内经》云：“骨痹不已，复感于邪，内舍于肾。”又云：“骨痹者，尻以代踵，脊以代头。”这与强直性脊柱炎出现的脊柱强直、行动不便、驼背畸形等临床表现颇为相似。祖国医学认为，肾主骨藏精，精生髓。如肾精充足，则骨髓生化有源，骨骼得髓之充养故坚固有力。反之，如肾精不足，则骨髓生化无源，骨骼即脆弱无力。肾精不足，一则肾阴虚，骨骼不坚；二则肾阳虚而卫外不固，容易感受外邪，致风湿寒邪乘虚而入于骨，即发生骨痹等。故其治疗原则宜驱风散寒，利湿通络，活血舒筋，补肾健骨。

第二节　病因病理

一、西医病因病理

（一）病因

本病的发病原因至今仍然不明。现认为其发病原因可能与下列因素有关。

1. 遗传因素

强直性脊柱炎比类风湿性关节炎有更强的家族遗传倾向。在临床工作中，我们经常可见到兄弟二人或父子二人同患本病的情况。1964年，Kellgren在分析强直性脊柱炎家属的普查结果时发现，该病患者家属的平均患病率为4%，而全人口的平均患病率仅为0.1%，二者相差40倍之多。近年来人们发现，在组织相容抗原HLA-B_{27}阳性人口中，强直性脊柱炎的发病率明显高于对照组。由于HLA系统与血型抗原一样，是由遗传决定的，因此也支持遗传因素在强直性脊柱炎的发病中有不可低估的作用。然而，遗传因素又并非是本病发病的唯一影响因

素。因为 HLA-B_{27}阳性人口中，本病的发病率仍低于 20%，是什么因素保护其余 80%人口免于发病仍然不清楚。即使在单卵双胞胎人口中，本病的发病仍可能不一致。提示遗传因素虽然与本病密切相关，但促使疾病外显仍需要其它因素。

2. **环境因素**

从强直性脊柱炎患者的病史采集中可发现，半数以上患者发病前有潮湿、寒冷环境生活史。王兆铭教授在 70 例强直性脊柱炎病史调查中发现，有明显潮湿、寒冷环境生活史者为 60 例。但由于即使长期在寒冷工作环境的工人也未必一定发病，因此，环境因素可能仅为本病发病的诱因之一。

3. **感染因素**

多年来，泌尿生殖系统感染、上呼吸道感染、淋病、局部化脓性感染等均曾被怀疑与本病发病有关，但证据均不足。

4. **自身免疫**

60%的本病患者血补体增高，有 IgG 型的类风湿因子，C_4 和 IgA 水平增高，血中有免疫复合物。

5. **其它因素**

天津市天津医院曾分析 318 例强直性脊柱炎患者，发现发病前有明显外伤史者占 5.6%，有过劳史者占 9.0%，有分娩史者占 1.4%，是否为本病的诱因，尚待进一步证实。

（二）病理

1. **滑膜炎**

滑膜炎是强直性脊柱炎受累关节最早出现的病理改变，显微镜下可见到炎变的滑膜组织增生肥厚，绒毛形成，小血管周围浆细胞和淋巴细胞浸润。这种炎变的滑膜组织可以释放炎性介质，造成关节肿痛；可以释放多种酶类，破坏关节软骨和骨组织，最终造成关节破坏。病变多由骶髂关节开始，逐渐向上侵犯腰椎、胸椎及颈椎。肩关节、髋关节、颞颌关节、肋横关节、肋椎关节、胸骨柄体和耻骨联合也常被累及。约 25%的患者还会累及膝关节、踝关节等周围关节。

2. **骨质增生和骨性融合**

强直性脊柱炎晚期，受累关节骨质增生日益明显，尤以关节囊和韧带的骨化十分突出，最终受累关节间隙完全消失，而发生骨性强直。这种骨性强直常发生在骶髂关节、脊柱及髋关节，较少发生于膝关节和踝关节。

3. **韧带、肌腱附着部骨炎**

在强直性脊柱炎，韧带、肌腱及关节囊附着部常发生无菌性炎症，炎症过程中生成的肉芽组织可破坏松质骨。在骨组织修复过程中，受炎症的刺激，骨质生成过多，新生的骨组织不仅填补了骨质缺损处，而且向附近的韧带、肌腱和关节囊内延伸，形成韧带骨赘。发生于强直性脊柱炎的肌腱附着部骨炎很具特点。这种改变多见于股骨大转子、坐骨结节、跟骨结节、髂骨嵴和耻骨联合等处。

4. **其它**

强直性脊柱炎患者尚可出现一些非关节甚至非肌肉骨骼系统的病理改变。比如，在眼睛可出现复发性虹膜炎，在心脏可出现主动脉瓣关闭不全、心脏扩大及传导障碍，在肾脏可出

现淀粉样变，在肺部可出现肺纤维化，在中枢神经系统可出现脊髓压迫。

二、中医病因病机

祖国医学是通过反复的临床实践，运用传统“审证求因”的方法，来探讨强直性脊柱炎的病因病机。本病证候特点为：①隐渐发病，病程绵长，时有急性发作。②腰、尻、臀、髋僵硬，仰卧不便。③疼痛呈酸痛、刺痛，急性发作时疼痛剧烈，可谓“腰痛如折”。④腰尻疼痛上连肩背，下引臀、股、膝、腨。⑤证候表现部位多在督脉、足太阳、足少阴等经脉循行所过。⑥晚期表现为腰背强直或伛偻，“尻以代踵，脊以代头”。⑦兼见乏力倦怠，阴雨天劳累加重，得热则痛减，活动则僵硬缓解。

按照中医理论辨析其病证属性是：病位在骨属肾，主要为足少阴、足太阳、督脉循行所过。其性质属本虚标实，虚实错杂证。病因病理属性是以肾虚及寒湿、气滞血瘀为主。据此，试对强脊炎的病因病机探讨如下：

1. **肾督虚衰**

先天禀赋不足，劳累过度，或房室不节，或少年折伤，或久病失养，或产后百脉空虚等，皆可导致精血亏损，肾督早衰于未病之先。盖肾中精气为先天之本，禀之父母，赖后天精血不断滋养，藏之于肾而生髓主骨，充养脊柱。肾气虚，督脉亦虚，导致卫阳不固，易感外邪，所谓至虚之处，必是客邪之所。其经脉循行之腰、尻、髋、脊柱及其分野肩、背等必然受累。《内经》及以后历代文献中，对肾虚导致的腰、尻疼痛及脊柱强直等证因都有所阐述。诸如：“腰者肾之府，转摇不能，肾将惫矣。”（《素问·脉要精微论》），“虚故腰背痛而胫酸”（《灵枢·五癃津液别论》），“肾下则腰尻痛，不可以俛仰”（《灵枢·本脏篇》），“督脉为病，脊强反折”（《素问·骨空论》）。

《直指方·腰痛方论》分析了肾气亏损，易感受外邪而腰痛的道理：“腰者肾之外候，一身所恃以转移合辟者也。盖诸经皆贯于肾而络于腰脊，肾气一虚，凡中风受湿，伤冷蓄热，血伤气滞，水积堕伤，与夫失志作劳，种种腰痛，迭见而层出矣。……沮坐失志者肾之蠹，疲精劳力者肾之戕。举是数证，肾家之感受如此。腰安得而不为痛乎？”《张氏医通》亦认为：“假令肾脏真气布护，六气焉能为害？”

2. **跌仆损伤**

扭挫、坠堕、跌仆等外伤不仅损伤腰肌、脊柱，而且使气血运行不畅，气滞血瘀，经络阻塞，诱致本病的发生。《金匮翼·腰痛》指出：“盖腰者一身之要，屈伸俯仰，无不为之，若一有损伤，则血脉凝涩，经络壅滞。”

3. **外邪乘袭**

风寒湿热之外邪，乘虚内侵是强脊炎发生的重要外因。感受外邪，多由于居处潮湿、坐卧湿地、冒雨涉水所致。寒湿内侵则足太阳经脉首当其冲，继而肾督两经脉受累，经络之气受阻，气血闭阻，肾督阳气被遏，则腰脊筋骨失于温煦，遂发骨痹。病势隐袭渐进，日积月累，邪气久稽，阳气不伸，肾督愈衰，叠加病势，终致肾痹之“尻以代踵，脊以代头”。

关于外邪致病的病机认识，中医虽无系统专篇论述，但纵览古代文献却有许多明确记载。《素问·六元正纪大论》中指出：“感于寒则病人关节禁固，腰脽痛，寒湿推于气交而为疾也。”以及“阳气郁，民反周密，关节禁固，腰脽痛。”《素问·缪刺论》曰：“邪客于足太阴之络，

令人腰痛，引少腹控眇（笔者按："控"，牵引，"眇"，指季肋下及其软组织），不可以仰息。"《素问·骨空论》曰："腰痛不可以转摇，急引阴卵。"《灵枢·五邪篇》曰："邪在肾则肩背痛。"归纳这些认识，即寒湿之邪侵袭足少阴肾经，可以发生腰痛，脊椎骨痛，向上则引发肩背痛，向下则牵掣耻骨联合少腹痛，发展至胸椎时则沿胁肋呈束带样疼痛，同时兼见脊椎关节"禁固"如僵不能屈伸。这些病因病机导致的症状与现代医学的认识何等相似。清末医家张路玉对本病的认识更加精辟，他说："肾痹……浊阴邪伤其阳气，所以脚挛不能伸，身偻不能直也。"

4. 痰瘀交阻

肾阳虚衰，寒湿内侵，则气血行涩，津液聚止，日久酿湿成痰，流注腰脊，闭阻经络。湿痰与瘀血两者皆为强脊炎病理演进中的代谢产物蓄积。痰瘀交互停聚于骨骼、脊椎之中，遂成新的致病因素，继续消伐精血，郁遏肾督。脊髓久失温煦，痰瘀胶着于脊骨、膂肌，终至韧带硬化，脊骨持僵，强直变形。可见痰瘀交阻是强脊炎中晚期病理变化不可忽视的因素。清末医家著作中，已认识到这一病因病机的重要。在专论"腰痛"、"腰髋痛"以及"脊痛脊强"的章节中都提到了痰瘀的病机概念。如《证治准绳·腰痛》载："有湿，有寒，有热，有挫闪，有瘀血，有滞气，有痰积，皆标也，肾虚其本也。""有痰积郁滞经络，流搏瘀血内，亦作痛。"

综上所述，强脊炎的病因病机主要是肾督虚衰，外邪侵袭，跌仆损伤，痰瘀交阻。这4个方面是相互影响、互为因果的病理过程。《简明医彀·卷之五·腰痛》对此做了综述："经曰：太阳所致为腰痛。巨阳虚，则腰背头项痛，是动则项如拔，夹脊痛，腰似折，髀不可以曲（屈）。盖腰者肾之府，为一身之大关节，所恃以转移合辟者也。且诸脉皆贯於肾，而络终腰脊，肾气一虚，腰必痛矣。《内经》推足三阴三阳，皆令人腰脊痛。书叙五种三因致痛，曰阳气不足，曰风痹寒湿，曰肾虚劳役，曰坠堕险地，曰寝卧卑湿五也。如六淫气侵，皆属外因。用力举重，因于坠堕，恶血留滞，闪肭挫气，房劳疲力，耗竭精气；及腰着腰痛，腰冷如冰，身重不渴，如带五千钱，因伤劳汗出，衣里冷湿，久久得之，臀腰伛偻，腰重引季胁痛，属不内外因。"

第三节　诊断

一、辨病·西医诊断

本病好发年龄为16～25岁，男性患者占绝大多数，男：女≈10：1。隐渐发病和急性发病者在临床均可见到。

（一）症状与体征

1. 发病初期表现

（1）隐渐发病：为本病最为常见的起病方式，约占80%左右。发病初期的主要症状不完全相同，临床常见有以下数种情况：①腰、臀部疼痛及腰僵：为临床最为常见的初发症状。初发时为下腰部疼痛，晨起有僵硬感，部分患者可同时伴有臀部疼痛，阴天或劳累后加重，遇热或休息后可减轻，口服消炎痛等药物后疼痛可完全消失。病变继续进展，则疼痛及僵硬感

变为持续性，而且经休息后也不再缓解。②髋部疼痛及活动受限：多与腰部症状同时出现，但也有少数病人以单侧或双侧髋部疼痛为主要初发症状。③坐骨神经痛：部分病人除腰部症状外，尚可能出现一侧或双侧坐骨神经痛，这是由于骶髂关节疼痛放射到坐骨神经所致。故应特别注意与腰椎间盘突出症相鉴别。④膝关节或踝关节疼痛：约15～20%病人在脊柱和骶髂关节症状出现数年前，先出现单侧或双侧膝关节或/和踝关节肿痛。常见于年龄比较小的病人，数年后才出现脊柱和骶髂关节症状，故极易误诊或漏诊。⑤跟骨结节或足跟痛等：少数患者早期表现为反复发作的跟骨结节肿痛、足跟痛或坐骨结节、股骨大转子、骨盆上缘（即髂骨嵴）疼痛，很容易误诊。

（2）急性发病：约占20%，患者可出现持续性高热或中等程度发热，除脊柱和骶髂关节外，四肢大关节也可同时被累及，疼痛剧烈，卧床不起。

2. 脊柱表现

在脊柱，大多数患者，特别是男性病人，最早受累的部位是骶髂关节，多为双侧，表现为下腰痛、臀部痛或坐骨神经痛，也有些病人此时并无疼痛表现。以后，病变逐渐上升累及腰椎、胸椎，最后甚至可能累及颈椎，这种发展方式称为上升性扩展。也有小部分病人脊柱病变首先累及胸腰段或胸椎，以后逐渐累及腰椎和骶髂关节，这种发展方式称为下行性扩展，常见于女性病人。早期，受累脊柱段表现为不同程度的疼痛和僵硬感，多在早晨起床时或身体固定于某一姿势较久需变换姿势时加重，活动一段时间或服用止痛药物后可使症状减轻，症状持续时间不等，常反复发作，缓解期可无任何症状。后期，随病情进展，症状逐渐变为持续存在，且脊柱活动受限逐渐明显，当受累脊柱段活动功能完全丧失并形成骨性融合后疼痛即完全消失。在病程中，病人为了减轻疼痛，常常采取脊柱前屈姿势，久而久之，则出现逐渐加重的驼背畸形。严重者两眼只能看地面，不能直视前方。当脊柱骨性融合后，驼背畸形就被固定。此外，强直的脊柱尚易发生疲劳骨折和外伤性张力性骨折。

3. 外周关节表现

半数以上病人在病程中或在下腰痛出现以前出现外周关节病变，以髋关节受累最为常见，其次为肩关节、膝关节、踝关节及颞颌关节等，远端小关节很少受累。受累的髋关节出现进行性加重的疼痛和活动功能受限，并常出现不同程度的屈曲畸形、外旋畸形等。如病变得不到控制，最终可出现纤维性强直，甚至骨性强直。膝关节和踝关节一般表现为肿胀、疼痛和不同程度关节积液，虽然有时也反复发作，但一般预后良好，不遗留残疾。

4. 胸廓表现

本病可累及肋横关节、肋椎关节、胸骨柄体关节、胸锁关节和肋软骨间关节。上述关节受累后患者常感胸痛，深呼吸和咳嗽时加重，疼痛和上述关节的活动受限常使胸廓活动度减少，胸式呼吸减弱。当上述关节骨性强直后，胸廓活动和胸式呼吸可完全丧失，呼吸动作只能靠腹式呼吸完成。

5. 骨炎表现

本病在韧带和肌腱附着部发生骨炎后，受累部可出现疼痛及压痛，如位置表浅，尚可见到局部肿胀。好发部位为坐骨结节、股骨大转子、跟骨结节、髂骨嵴和耻骨联合。

6. 关节外表现

（1）复发性虹膜炎：发生率约占20～30%。为本病最常见的关节外表现。易复发，病程越长发生率越高，与脊柱病变的严重程度无关，如得不到有效治疗，可致青光眼或失明。

（2）肺纤维化：患者可有咳嗽、咳痰和呼吸困难，甚至咳血，可伴有反复发作的肺炎或胸膜炎，X 线表现类似肺结核。因此，应注意与肺结核相鉴别。

（3）心脏病变：3～5％病例有主动脉瓣闭锁不全和传导障碍，多见于病期漫长病人。

（4）肾淀粉样变性：有报导发生率约占 16％，表现为蛋白尿，因尿毒症而死亡者少见。

（5）脊髓或马尾神经受压：强直性脊柱炎发生的椎间盘纤维环骨化、黄韧带骨化、后纵韧带骨化以及脊柱发生的疲劳骨折、外伤性骨折等均可能造成椎管狭窄。如发生在颈椎和胸椎，则可压迫脊髓，造成不同程度截瘫；如发生在腰椎，则可压迫马尾神经，造成根性神经痛及神经支配区感觉运动功能障碍。

（二）X 线检查

强直性脊柱炎的 X 线改变很具特点。X 线检查对本病的诊断，尤其是早期诊断以及治疗方法的选择是十分必要的。

1. 骶髂关节改变

双侧骶髂关节炎是诊断本病的重要依据。有些学者甚至认为双侧骶髂关节炎在本病的发生率为 100％。这就是说，如果 X 线检查未发现双侧骶髂关节病变，那么诊断强直性脊柱炎是应该极其慎重的。由于在本病，骶髂关节病变常常发生在脊柱病变之前，因此，正确识别骶髂关节炎对本病的早期诊断具有十分重要的意义。根据本病骶髂关节的 X 线片改变，可将骶髂关节炎分为早、中、晚三期（见表 2—2—1）。

表 2—2—1　强直性脊柱炎骶髂关节病变的 X 线分期

分　期	X　线　特　点
早　期	关节边缘模糊并稍致密，关节间隙增宽
中　期	关节间隙狭窄，关节边缘骨腐蚀与致密增生相交错而呈锯齿状，髂骨侧骨致密带增宽
晚　期	关节间隙消失，致密带消失，骨小梁通过，关节呈骨性强直

2. 脊柱改变

（1）方椎：在正常人脊柱的侧位 X 线片上，椎体前缘有一凹陷，在本病，椎体前缘因骨腐蚀及骨质增生使该凹陷消失，变为平直，使椎体在侧位 X 线片上呈方形，称为方椎。

（2）关节突间关节改变：在本病已受累脊柱段，关节突间关节先发生骨腐蚀，使关节间隙模糊，继之关节间隙狭窄，最后关节间隙消失，形成骨性强直。

（3）竹节样脊柱：在本病，椎间盘纤维环可发生骨化，骨化的椎间盘使上、下两节相邻椎体完全融合在一起，这种骨化一般首先发生在胸腰段，逐渐向两侧发展。最后使许多椎体均发生骨性融合，使脊柱在 X 线片上呈竹节样，称为竹节样脊柱。

（4）韧带骨化：棘上韧带、棘间韧带、黄韧带及前、后纵韧带在本病均可发生骨化，使这些在正常 X 线片上不应显影的软组织在本病的 X 线片上出现与之轮廓相一致的致密带。

（5）驼背畸形：侧位 X 线片表现颈椎生理前凸减小，胸椎生理后凸增加，腰椎生理前凸消失甚至后凸。与脊柱结核及脊椎压缩骨折所致的成角畸形不同，强直性脊柱炎所致的驼背畸形为圆背畸形。畸形常常以胸腰段最为严重。

3. **髋关节改变**

早期X线片表现为骨质疏松，软组织肿胀，闭孔变小；中期，关节间隙狭窄，软骨下骨质囊性变，髋臼外上缘及股骨头边缘可见不同程度的骨质增生；晚期，关节间隙消失，骨小梁通过，髋关节形成骨性强直。

4. **肌腱附着部骨炎**

多见于坐骨结节、大转子、跟骨结节及耻骨联合等处。常为对称性，早期可见不同程度骨腐蚀，晚期则因韧带骨化出现不同程度骨质增生。

5. **强直性脊柱炎的X线分期**（见表2—2—2）

表2—2—2 强直性脊柱炎的X线分期

分 期	X 线 特 点
早期	骶髂关节间隙模糊，关节突间关节正常或仅关节间隙改变
中期	骶髂关节锯齿样改变，部分韧带钙化、骨化，方椎，关节突间关节骨质破坏，间隙模糊
晚期	骶髂关节融合，脊柱呈竹节样改变

（三）实验室检查

尽管强直性脊柱炎，尤其是活动期可出现一些化验室检查改变，但就诊断而言，多数无特异性。本病常见的化验室检查改变有：

（1）血沉增快：本病早期与活动期，80%患者血沉增快，静止期或晚期可降至正常，虽无特异性诊断意义，但常可作为病情和临床疗效的观察指标。

（2）C-反应蛋白阳性：C-反应蛋白（C-reactive protein CRP）是一种α球蛋白。与血沉相同，本实验亦无特异性。阳性结果见于本病、类风湿性关节炎、风湿热等疾病活动期。

（3）HLA-B_{27}阳性：在本病，HLA-B_{27}阳性率为90～95%，而在正常人仅为1～8%，故本试验有助于强直性脊柱炎的诊断与鉴别诊断。然而，由于HLA-B_{27}可表现为阳性的疾病并非仅为强直性脊柱炎，因此本试验在强直性脊柱炎诊断中仅可作为参考指标。

此外，在本病可出现肌酸磷酸激酶、碱性磷酸酶和γ球蛋白增高，在有条件的医疗单位可以检查。近年来发现39%患者血清中存在抗果蝇多线染色体93D抗体，为本病的标记性抗体，具有诊断意义。但目前临床尚未广泛开展。

在本病，类风湿因子及抗链“O”的阳性率与正常对照组没有差别，故不应作为本病的诊断指标或临床观察指标。

（四）诊断要点

1. **诊断**

AS如不并发其他风湿性疾病，称为原发性。骶髂关节炎并发于银屑病性关节病、炎症性肠病或赖特氏综合征则为继发性。青年男性有下背痛，早期活动可缓解，以后呈持续性，或从骶髂关节上行性发展至颈椎，应疑及AS。从一侧转向另一侧的坐骨神经痛、明显脊椎僵硬、腰肌萎缩或胸腰驼背畸形更应考虑AS。有髋、肩、胸骨柄、耻骨联合、髂嵴受累症状及胸廓

扩张度受限提示 AS。如再有背痛家族史，急性或残存虹膜炎，主动脉瓣区舒张期杂音，则 AS 的可能性更大。确诊依靠 X 线检查。为便于理解和临床应用，下面介绍几种国内、外广泛运用的诊断标准以供选择。

（1）罗马会议（1963）制定的诊断标准（见表 2—2—3）。

表 2—2—3　AS 的罗马诊断标准

临床标准：

1. 下背疼痛和僵硬，持续 3 个月以上，休息不能缓解
2. 胸部疼痛和僵硬
3. 腰椎活动受限
4. 胸廓膨胀受限
5. 虹膜炎或虹膜炎病史或其后遗症放射学标准
6. X 线检查结果有 AS 特征性双侧骶髂关节炎（须排除双侧骶髂关节的骨关节炎）

（2）纽约会议（1968）制定的诊断标准（见表 2—2—4）。

表 2—2—4　AS 的纽约诊断标准

诊断：

1. 腰椎在所有 3 个方面（前屈、侧弯和后挺）的活动皆受限
2. 胸腰部或腰椎疼痛或疼痛病史
3. 胸廓扩张受限，在第 4 肋间隙水平测量，只能扩张 2.5cm 或少于 2.5cm

分级：

肯定的 AS

1. Ⅱ～Ⅳ级双侧骶髂关节炎，同时至少具备一项临床标准
2. Ⅱ～Ⅳ级单侧骶髂关节炎，或Ⅱ级双侧骶髂关节炎，并具备临床标准 1（腰椎：在 3 个平面，活动皆受限）或具备临床标准 2 和 3 两项（背痛和胸廓扩张受限）

可能的 AS

Ⅱ～Ⅳ级双侧骶髂关节炎而不具备临床标准

注：骶髂关节炎的分级，根据 X 线表现分（0～4）级，分级标准请参阅有关文献

（3）中国中西医结合风湿类疾病协作组（1985）制定的诊断标准：

①症状：以两骶髂关节、腰背部反复疼痛为主。②体征：早、中期患者脊椎活动有不同程度受限；晚期患者出现脊柱强直、驼背固定，胸廓活动度减少或消失。③实验室检查：血沉多增快，RF 多阴性，HLA-B_{27}多阳性。④X 线检查：具有强直性脊柱炎脊柱和骶髂关节典型改变。

2. 鉴别诊断

虽然典型的强直性脊柱炎或强直性脊柱炎的晚期并不难诊断，然而在强直性脊柱炎早期或遇到非典型病例时，却常需与下列疾病鉴别。

（1）致密性髂骨炎：常见于女性病人，多于产后发病，腰骶部疼痛比较轻，X 线片在髂骨侧可见到致密带；但骶骨侧改变轻微，血沉等化验检查无异常。

（2）骶髂关节结核：一般为单侧骶髂关节受累，女性较多，多有结核病史或结核病接触史。X 线片显示病变以骨质破坏为主，致密硬化不明显，骨病灶内常可见死骨形成。

(3) 增生性脊柱炎：多见于 40 岁以上的中老年人，脊柱活动受限及驼背畸形相对较轻微，脊柱 X 线片可见椎间隙变窄，椎体边缘骨质增生，血沉及化验室检查无异常。

(4) 腰椎间盘脱出：虽然患者也多为青年，并因疼痛而出现腰椎活动受限，但常有明显外伤史，在坐骨神经痛的同时，伴有受累神经支配区的感觉及肌力改变，X 线片骶髂关节无改变，化验室检查也无异常。

(5) 类风湿性关节炎：多见于女性病人，常侵犯四肢关节及手、足小关节，骶髂关节很少受累。部分患者虽然也可出现脊柱疼痛，但除颈椎外，胸椎及腰椎 X 线片一般无阳性发现。类风湿因子多为阳性，而 HLA-B_{27}多为阴性。

(6) 脊椎结核：和骶髂关节结核一样，病人也常有结核病接触史、患病史，同时患有肺或它处结核病。脊柱活动受限仅见于受累局部，而不象强直性脊柱炎那样广泛。畸形多为角形驼背，强直性脊柱炎病人则多患圆形驼背。X 线片上椎体破坏明显，常见死骨形成，椎间隙狭窄或消失，常见寒性脓肿阴影。

(7) 布氏杆菌性脊柱炎：多见于牧区，有接触牛羊史。主要症状为间歇性发热（波浪热）、出汗、关节疼痛、腰痛和背肌紧张。但不影响饮食，病人也不消瘦。X 线片可见椎体广泛增生、椎间隙变窄、韧带骨化。确诊须靠血冷凝集试验、补体结合反应或皮内试验。

(8) 骶髂关节化脓性关节炎：常见于女性病人，因女性盆腔感染机会较多，分娩后更易发生。盆腔内感染病灶的化脓菌可通过血循环或淋巴系统到达骶髂关节。此种炎症也常为单侧性。初起时疼痛较著、发热、白细胞增多，以后炎症可转为慢性或复发性。X 线片上早期可见关节间隙增宽，晚期可见关节边缘腐蚀破坏、致密硬化或骨性强直。继发于髂骨或骶骨骨髓炎的，则骨病灶处硬化，并常有死骨存在。

(9) 机械性背痛：机械性背痛是由于脊柱结构变化所致的疼痛，如颈腰椎间盘突出、椎管狭窄等。强直性脊柱炎性腰背痛和机械性腰背痛在临床上有时容易混淆，但两者在临床症状及体征、实验室检查方面均存在很大差异。最典型也最基本的不同点有两条：一是脊柱炎多隐袭起病，缓慢发展，而机械性腰背痛起病急，病程短；二是活动后对疼痛的影响，脊柱炎活动后可以改善僵痛，而机械性腰背痛恰恰会加重疼痛。

二、辨证·中医诊断

(一) 辨证要点

强直性脊柱炎以肾督虚衰为本，风寒湿热乘袭、痰瘀交阻为标。其证候多属虚中夹实。初起阶段呈典型急性表现者，常见湿毒瘀滞证，亦可见寒湿痹阻证。呈隐渐发病者，常见肾虚寒湿痹着证。病势演进到中、晚期，则以痰瘀交阻证与肾虚骨痹证多见。在病情发展过程中，五种证型往往交错出现，不可拘执。

(二) 辨证分型

1. 寒湿痹阻证

[临床表现] 腰部冷痛，上引肩背下及臀髋，阴雨天、劳累加剧，得热熨则舒缓。严重者可见“腰似折，项似拔”，活动受限。舌质淡苔白腻，脉沉弦或弦紧。

[辨证分析] 足太阳膀胱经，挟脊抵腰。经气内虚，寒湿外侵，则太阳之脉首当其冲。此病势初起，“寒湿流注经络，结滞骨节，气血不和”，多为强脊炎初起阶段。如属强脊炎中晚期，复感于邪，疼痛明显者，也当以此证型论治。

2. **湿毒瘀滞证**

[临床表现] 腰尻疼痛，甚则尻痛欲裂，痛引臀、髋、股、膝、腘，伸屈不利，兼见低热、乏力、咽痛，舌质偏红，苔薄黄腻，脉弦滑。

[辨证分析] 寒湿结滞，蕴化湿毒，或风湿热毒侵袭，流注关节，壅滞气血。《张氏医通》有载：“两腰偻废乃热邪深入血脉久闭之。”此证属强直性脊柱炎急性期，骶髂关节炎明显者。

3. **痰瘀交阻证**

[临床表现] 腰、髋、尻或脊骨疼痛，固定不移，兼见腰脊僵硬，身如板夹，仰卧活动受限，舌质紫黯或有瘀斑，苔白腻，脉弦涩。

[辨证分析] 湿痰与瘀血有形之邪互结，留着于经络，气血闭聚，精血日耗，筋骨失养，则疼痛不移，腰脊僵直。此证多见于强脊炎中期。

4. **肾虚骨痹证**

[临床表现] 脊柱僵硬日趋加重，疼痛不著，或腰胸脊骨强直如板夹，或背伛偻不伸，步履艰难，可兼见胸肋胀痛不适，周身酸困乏力，舌质淡胖，脉沉弦细无力。

[辨证分析] 寒湿久羁，痰瘀交阻，精血暗耗，肾督日衰，日久肾虚骨痹乃成，故腰尻胸髋诸关节强直固定，疼痛不著而活动障碍。此证属强脊炎晚期。

第四节　治　疗

一、西医西药治疗

强直性脊柱炎是全身性疾病，其发生、发展及预后差别很大，治疗时要根据病情具体对待，充分考虑个体特点，应掌握下述治疗原则：①尽可能减轻关节疼痛及肿胀；②保护肌肉及关节功能，最大限度地减少关节畸形；③减少或防止发生药物副作用；④坚持锻炼及体疗，坚持正常工作生活规律，确保治疗的连续性及稳定性；⑤根据病情需要，适当选择手术治疗，正确掌握运动与休息的关系，防止病理性骨折；⑥对肌腱端病处的疼痛，可采用局部治疗。

（一）一般治疗

（1）克服急躁情绪和悲观思想，无论是患者还是医务人员，对治疗本病均应既有充足的信心，又有坚持持久战以争取最佳治疗结果的决心和毅力。

（2）医患应积极配合，不应发生松懈思想而失去有利的治疗机会，只有积极主动地医生与患者之间配合，才能获得理想的治疗结果。

（3）合理安排休息、工作和功能锻炼，努力防止关节强直。除全身症状严重、疼痛十分明显外，均应尽力活动各关节，坚持作扩胸、深呼吸、脊柱运动、下肢运动等功能体操，多参加日常活动和工作。对因病情需要而暂时卧床者，也应试用各种治疗手段，争取尽快控制

病情，努力在病床上作些适当的功能锻炼，并积极争取早日下床活动。

（4）注意生理姿势，防止发生驼背畸形。患者在站立或坐位时，应尽量挺胸收腹，避免懒散的驼背姿势；坐木椅不要坐沙发，写字时桌子要高一些，椅子要矮一些；要坚持卧硬板床；睡眠时忌用高枕，最好不垫枕，卧床时多采用俯卧位，均能有效地防止或减慢驼背畸形的发生。上述生理姿势保持治疗不仅在疾病的慢性期和缓解期要注意，急性期则更应注意。

（二）药物治疗

药物治疗的目的，一是缓解疼痛，二是阻止病情发展。目前还没有根治该病的良药，一般临床常用的药物如下：

（1）非甾体类抗炎药：这类药物有阿斯匹林、布洛芬、芬必得、扶他林等数十种，其共同作用机理是抑制炎症介质前列腺素合成及释放，因而具有退热、抗炎、止痛作用。布洛芬服用安全，镇痛效果确切，其剂量为每日 1.2～2.4g，其缓释胶囊—芬必得每日只服 2 次，每次 300～600mg。或消炎痛每日 75～150mg，分 3 次饭后服，睡前再给予消炎痛栓剂 50mg 置入肛门，可明显减轻夜间疼痛及晨僵。也可选用阿斯匹林，每次 3～4g。此类药物仅具有抗炎及止痛作用，对本病发展没有控制作用，病情缓解后应以最小维持量治疗，或间歇应用。由于本类药物的作用机理有一定差异，各个病人疗效不尽相同，应根据服药反应进行调整。

（2）改变病程药物：①柳氮磺胺吡啶片剂，第 1 周每次 0.25g，每日 3 次；第 2 周每次 0.5g，每日 2～3 次；每 3 周每次 1.0g，每日 2 次。如无肝功能损害以此剂量维持 1 年。通常成人每日不超过 2.0g，3 个月可产生明显治疗作用。②氨甲喋呤片，多采用小剂量冲击疗法服用，第 1 周 5mg，顿服；第 2 周 10mg，顿服；第 3 周 15mg，顿服。以后每周以 15mg 剂量维持，约 4～8 周产生疗效。每周服药前检查血象，如果白细胞低于 4.0×10^9/L，或血小板低于 100×10^9/L，停止服药，并给予相应治疗。建议半年～1 年为 1 疗程，休息 1～2 个月再开始下 1 疗程。以上两药可联合应用。目前认为上述两种药物是治疗强直性脊柱炎较有前途的药物，尤其对外周关节炎、骶髂关节炎疗效可靠。

（3）皮质类固醇激素：本病一般不需要使用激素治疗。以下两种情况可以考虑使用激素治疗：①病程中合并有虹膜睫状体炎，轻者局部使用 0.5%的可的松眼药水点眼，重者可服用强的松进行全身治疗。②疾病早期有外周多关节炎，或强直性脊注炎合并类风湿性关节炎其外周关节炎严重，可以采取类似于类风湿性关节炎的治疗方案。即在疗程前 3 个月用非甾体消炎剂加强的松（每日 10mg），同时用甲氨喋呤冲击治疗。当甲氨喋呤产生疗效时可逐渐将强的松减量直至停服，这时可考虑增加一种慢作用药物。总之，本病使用激素治疗要严格掌握适应症，不要滥用激素。

（三）物理治疗

（1）风湿治疗仪：治疗腰椎疼痛将正极放在痛点，将负极放在委中穴。治疗颈胸部疼痛将正极放在痛点，将负极放在腰椎。输出电流为 5～10mA，每次 15～20 分钟，每日 1 次，10 天为 1 疗程。两疗程之间相隔 3～5 天。

（2）特定电磁波（TDP）：可对疼痛部位局部照射，亦可循经照射，每次照射 30～40 分钟，每个部位照射 10 分钟，每次照射 3～4 个部位，治疗次数与疗程间隔视病情而定。

（3）腐殖酸药浴：为本病有效辅助治疗措施。方法为盆内放水 300 公斤，水温 40～50℃，

加入腐殖酸药浴液 30 毫升，赤身浸泡 20～30 分钟后以淋浴冲净药液。浴后注意勿受风寒。

（四）放射治疗

对脊柱及骶髂关节进行深部 X 线照射，可用于减轻症状，改善功能。近期缓解率可达 80% 以上。但由于放射治疗不能阻止病情发展，且容易引起放射病和白血病等严重并发症，现已很少应用。

（五）新型脊柱矫形器

用于：①预防及矫正驼背畸形；②驼背畸形经牵引等疗法矫正后，防止其再度复发；③脊椎截骨术后外固定，使患者早期离床，并防止驼背畸形发展。

（六）牵引疗法

用于矫正尚未骨性强直的驼背畸形和髋关节、膝关节屈曲畸形。可根据病情选用骨盆牵引、下肢牵引或骨牵引。

（七）手术治疗

对严重脊柱畸形、环枢椎半脱位、髋关节畸形或骨性强直和膝关节强直固定者，可考虑行脊柱骨截骨术、人工关节置换术。

二、中医中药治疗

（一）辨证论治

1. 寒湿痹阻证

[治法] 温散寒湿，疏通经络。

[方药] 五积散加减。

麻黄 10 克，桂枝 10 克，白芷 12 克，白芍 15 克，甘草 6 克，当归 15 克，川芎 6 克，半夏 10 克，陈皮 10 克，云苓 15 克，枳壳 10 克，厚朴 10 克，桔梗 10 克，苍术 12 克。

[加减] 畏寒明显加附子、细辛；舌苔厚腻、关节沉重疼痛加苡仁；关节痛甚加威灵仙、青风藤。

[分析] 五积散原方为治寒、食、气、血、痰五积而设。《丹溪心法》、《医学入门》皆主张以此治疗寒湿腰痛。本方治疗强脊炎时，可化裁为：用麻黄、桂枝、白芷发散寒湿；配合芍药、甘草和营缓急止痛；当归、川芎养血活血，血行则寒湿无所稽留；半夏、陈皮、云苓健脾和中，运湿于内；枳壳、厚朴、桔梗调理气机升降，俾气行血运湿化；原方用苍术，一方面燥湿健脾，一方面与麻桂配伍走表行湿。全方杂而不乱，外散寒湿内顺气血痰湿，攘外安内，防微杜渐。古人治痹，变法多端，其用心之良苦，由此可见一斑。畏寒明显，系阳虚寒盛，故加附子壮阳，细辛温散寒邪；苔腻、关节沉重是湿盛，故加苡仁祛湿；痛甚加威灵仙、青风藤以疏通经络。

2. 湿毒瘀滞证

[治法] 清热解毒，祛湿化瘀。

[方药] 仙方活命饮加减。

忍冬藤 30 克，防风 10 克，白芷 15 克，归尾 12 克，赤芍 10 克，乳香 6 克，没药 6 克，贝母 10 克，天花粉 10 克，陈皮 10 克，穿山甲 6 克，皂刺 6 克，黄柏 12 克，苡仁 30 克，苍术 10 克。

[加减] 脊柱腰髋疼痛明显者加威灵仙、苏木。

[分析] 方中以忍冬藤清热解毒；辅以防风、白芷散风除湿；归尾、赤芍、乳香、没药活血散瘀止痛；佐以贝母、花粉清化热痰以散结；陈皮理气行滞；使以穿山甲、皂刺穿透经络，直达病所；甘草清热解毒，调和诸药。加入苍术、黄柏、苡仁，更有助于祛湿清热通络止痛。

3. **痰瘀交阻证**

[治法] 活血化瘀，化痰通络。

[方药] 身痛逐瘀汤、皂沥二陈汤、活络效灵丹、指迷茯苓丸合方加减。

秦艽 12 克，川芎 6 克，桃仁 10 克，红花 10 克，甘草 6 克，羌活 6 克，没药 6 克，当归 10 克，五灵脂 6 克，香附 6 克，牛膝 10 克，地龙 6 克，皂荚 3 克，竹沥 1 匙（冲），陈皮 10 克，半夏 10 克，茯苓 15 克，甘草 5 克，丹参 15 克，风化硝 12 克（冲），生姜汁 1/4 匙（冲服），白芥子 12 克，乳香 6 克。

[分析] 身痛逐瘀汤利气活血，通络止痛；皂沥二陈汤散结涤痰，通达经络；活络效灵丹养血活血，通经止痛，功专力宏；指迷茯苓丸清解顽痰，行气流湿。诸方合用再加白芥子引群药透达皮里膜外，攻逐痰瘀于经筋骨脊，验之临床确有疗效。

4. **肾虚骨痹证**

[治法] 调补肝肾，益气养血，兼以活血通络。

[方药] 益肾通督汤。

狗脊 15 克，菟丝子 12 克，骨碎补 12 克，枸杞子 15 克，生地 15 克，熟地 15 克，狗脊髓 1 条，牛脊骨 30 克，鹿角胶 15 克，炒山甲 6 克，水蛭 15 克，蜈蚣 3 条，炒白芥子 15 克。

[加减] 阳虚甚加杜仲、淫羊藿、鹿茸；阴虚甚者加女贞子、山萸肉、龟板；气虚加生黄芪、人参；血虚加阿胶、鸡血藤、夜交藤；寒甚加制草乌、炮附子、肉桂；有热象者加虎杖、白蒺皮、银花藤；瘀重加制乳香、制没药、小白花蛇、乌梢蛇等；疼痛甚者酌加制马钱子、生川乌、生草乌、雷公藤。

[分析] 方中生地、熟地、枸杞、菟丝子补益肝肾；狗脊、骨碎补补肾壮骨；猪脊髓、牛脊骨、鹿角胶为血肉有情之品，以补精血、通督脉、强腰脊；水蛭、蜈蚣、白芥子、穿山甲化痰祛瘀。合方共奏补肝肾、益精血、通督脉之效。

（二）验方治疗

1. **风湿康胶囊**[1]

[组成] 洋金花、马钱子、西洋参。每粒含生药 0.25 克。

[用法] 装入胶囊，口服。每次 1 粒，每日 2 次。以后每隔 3 天各增加 1 粒，视病情及耐受情况，逐渐增加至每日 8 粒。1 个月为 1 疗程。

[功用] 活血镇痛，扶正固本。用治强直性脊柱炎。

[疗效观察] 治疗 120 例，近期控制 13 例（10.8%），显效 48 例（40.0%），好转 53 例

(44.2%)；无效6例（5.0%）。总有效率95%。

2. **抗风湿片**[2]

[组成] 本品含雷公藤72%，苍术5%，黄柏7%，茯苓、山药各8%。

[用法] 制成糖衣片，每片含生药0.25克，每次4片，日3次，饭后服。平均服药28周。

[功用] 祛风除湿，通络止痛，益气健脾。

[疗效观察]用本品治疗强直性脊柱炎188例，均经X线摄片确诊，关节变化：Ⅰ级12例，Ⅱ级44例，Ⅲ级86例，Ⅳ级46例。22例有单侧或双侧髋关节强直。治疗后脊柱前屈、后伸、侧弯运动、胸廓扩张度、20米步行时间、指地试验及实验室检查IgG、IgA、IgM、C_3、ESR和CRP均较治疗前有明显下降（$P<0.05\sim0.001$），显效以上者为53.72%。并与对照组30例(用消炎痛治疗，每次25mg，日3次口服，平均服药15.6周)比较，其显效以上者为20.0%。两组各项指标疗效比较有显著性差异（$P<0.01$）。证明本品有较好的控制炎症、改善临床症状等作用，是治疗本病理想的药物。

3. **肾痹汤**[3]

[组成] 生地黄30～60克，葛根20～30克，金银花、土茯苓各30克，蒲公英20克，狗脊、赤芍、白芍、王不留行各15克，红花10克。

[加减] 疼痛剧烈、难以忍受属热毒炽盛者加紫花地丁、板蓝根；属寒热错杂者加川椒、桂枝；兼发热者加生石膏、丹皮；兼有肢体浮肿、关节积液者加薏苡仁、车前草，并酌减生地用量；畏风汗出、易于感冒者加黄芪；病情较重加服理气通络散（香附、川芎、延胡索、黄柏、全蝎）。

[用法] 水煎服，日1剂。连服6日，休息1日。1月为1疗程。

[功用] 养阴补肾，清热活血。

[疗效观察] 用本方治疗强直性脊柱炎30例。显效（受累部疼痛消失，脊椎功能和翻身起坐困难明显改善或恢复正常，晨僵消失或少于10分钟，关节肿胀消失，血沉正常）9例；有效（受累部疼痛明显减轻，脊椎功能和翻身困难改善，关节肿胀明显减轻，血沉降低）20例；无效1例。总有效率为96.7%。

4. **散痹汤**[4]

[组成] 青风藤40克，生麻黄、桂枝、生姜各10克，制附子（先煎1小时）24克，生石膏18克，木通、甘草各6克。

[加减] 寒盛重用附子，加细辛；热盛去附子、桂枝，加知母、黄柏；风盛加蜈蚣、葛根；湿盛加薏苡仁、土茯苓；夹瘀血加土鳖虫、水蛭；痛甚加刘寄奴。

[用法] 水煎服，日1剂。

[功用] 温经散寒，祛风通络，清热除湿。

[疗效观察] 用本方治疗强直性脊柱炎32例。显效（症状消失，1年内未复发，X线检查示病变有改善或无发展，血沉恢复正常）16例；有效（症状减轻，受累部位活动范围增大，血沉降低）13例，无效3例。总有效率为90.6%。本组病例初效一般在服药26剂左右，如无不良反应，宜守方候效。

5. **扶正化瘀汤**[5]

[组成] 露蜂房10克，白芥子、穿山甲片、桂枝各6克，海藻、昆布、炒牛蒡子各9克，血竭3克，生黄芪60克，当归、葛根各12克，枸杞子30克。

[用法] 水煎服，日 1 剂，30 剂为 1 疗程。同时用川椒目、海藻、鸡血藤、制扶筋各 30 克，羌活、独活、制半夏、昆布、木瓜、桂枝各 15 克，制川乌、制草乌各 5 克，胆南星 9 克。纱布包，加水 3 公斤，水煎 20 分钟，加温水浸浴 30 分钟，每周 2 次，每剂药用 3 次，连续浸 16 次，配合功能锻炼。

[功用] 益气养血，补益肝肾，化痰软坚，活血通络。

[疗效观察] 用本方治疗强直性脊柱炎 20 例，经治疗 2 个疗程后，显著好转 10 例，好转 8 例，无效 2 例。

6. **加减身痛逐瘀汤**[6]

[组成] 秦艽、独活、川芎、红花、炮甲片、王不留行、醋灵脂、地龙各 10 克，赤芍、鸡血藤、当归、生薏仁、乌梢蛇各 30 克，桃仁、苍术各 12 克，草薢、黄柏、泽兰、豨莶草各 15 克，制乳香、制没药各 6 克。

[用法] 水煎服，日 1 剂。

[功用] 通经逐瘀，祛风除湿，理血止痛。

[疗效观察] 用本方治疗强直性脊柱炎 2 例，症状明显减轻或消失，关节活动范围明显增大，血沉等实验室检查指标也有改善。

7. **骞氏强脊炎方**[7]

[组成] 方Ⅰ：雷公藤、鹿角胶、附子、肉桂、仙灵脾、杜仲、狗脊、巴戟天、川乌、草乌、桑枝、牛膝等。方Ⅱ：雷公藤、鹿角胶、附子、肉桂、当归、川断、牛膝、桃仁、红花、骨碎补、鸡血藤、地龙、桑枝等。方Ⅲ：雷公藤、黄柏、知母、龟板胶、山萸肉、薏苡仁、泽泻、木瓜、牛膝、桑枝、丹参、金樱子、鸡血藤等。

[用法] 水煎服，日 1 剂。

[功用] 方Ⅰ：温阳益肾，通络散寒。适用于阳虚寒湿型。方Ⅱ：补肾壮阳，活血通痹。适用于阳虚血瘀型。方Ⅲ：滋肾益精，通络蠲痹。适用子阴虚湿热型。

[疗效观察] 辨证运用上述三方治疗强直性脊柱炎 267 例（阳虚寒湿型 112 例，阳虚血瘀型 74 例，阴虚湿热型 81 例）。结果痊愈（症状、体征消失，脊柱前屈 80°以上，X 线及各项化验指标正常）64 例，占 23.97%；显效（症状、体征明显好转，X 线检查明显进步，部分化验指标正常）159 例，占 59.55%；好转（症状、体征有所好转，X 线检查无明显改善，部分化验指标好转）28 例，占 10.49%；无效（症状、体征无变化）16 例，占 5.99%。总有效率为 94%。

8. **复方雷公藤煎剂**[8]

[组成] 雷公藤 25 克，生地 30 克，川断 15 克，金银花 30 克，蒲公英 30 克，川牛膝 18 克，赤芍 15 克。

[加减] 伴有周围关节肿胀积液者加车前草；阴雨冷天疼痛明显加重者加羌活、独活；伴有周围关节冷痛、舌质偏淡、苔薄白者去金银花、公英，加桂枝；湿热象明显者加黄柏；有明显关节畸形者可选加骨碎补、仙灵脾、杜仲等药以增强补肾强筋骨之力；若颈项转侧不利加葛根以舒筋活络解肌；若夜间痛剧加川椒；因服药而出现消化道症状者加陈皮或砂仁。

[用法] 水煎服，日 1 剂。

[功用] 清热解毒，补肾活血。

[疗效观察] 用本方治疗强脊炎 31 例，治疗效果为：中枢关节中，颈椎症状最易控制，服

药 6～8 剂颈椎症状全部消失；骶髂关节疼痛较难控制，症状完全消失率仅 20%，完全无效者占 4%，68%的患者疼痛明显减轻，但服药时间较长。部位高，症状易控制，反之则难控制，依次为颈椎、胸椎、腰椎、骶髂关节。周围关节疼痛较中枢关节易于控制，症状消失率为 73%，明显缓解率为 27%，且关节肿胀、积液改善明显，服药 10～20 剂后，肿胀全部消退，积液消失。21 例血沉增高者，7 例恢复正常，14 例有不同程度下降。本组病例中，仅 1 例病人无效。一般服药 50～60 剂。

9. **温肾通痹汤**[9]

[组成] 狗脊 25 克，鹿角霜 25 克，灵仙 15 克，牛膝 15 克，仙灵脾 25 克，没药 15 克，土鳖虫 15 克。

[加减] 偏寒盛者加制川乌、制草乌、炮附子等；偏湿盛者加苍术、木瓜、薏米、防己；偏风盛者加羌活、独活、防风、透骨草、乌梢蛇；偏热盛者加黄柏、忍冬藤、僵蚕；虚者加川断、杜仲、黄芪、当归；痛久不愈者加制马钱子。

[用法] 每剂煎 200 毫升，分 2 次早晚温服，每日 1 剂。4 周为 1 疗程。

[疗效观察] 用本方治疗强脊炎 21 例，显效（症状明显减轻，疼痛缓解，大部分实验室指标恢复正常）17 例；好转（症状减轻，实验室指标无明显改善）4 例。总有效率为 100%。

10. **娄氏肾痹汤**[10]

[组成] 熟地、首乌、仙灵脾、桑寄生、川断、丹参各 20 克，杜仲、地龙各 15 克，川芎、红花各 12 克，菝葜、金毛狗脊各 30 克。

[加减] 舌红少苔、脉数者，加生地、元参各 20 克；遇冷加重、得温则减者，加制附片 5 克、桂枝 15 克；髋、膝、踝关节肿痛者，加川牛膝、木瓜各 15 克；肩及项部疼痛者，加灵仙、羌活各 12 克，葛根 20 克。

[用法] 水煎，每日 1 剂，分 2 次服，3 周为 1 疗程，疗程间间隔 1 周。治疗期间停用其他药物（原服抗风湿类药物者，逐渐减量，1～2 周减完）。在疼痛能耐受的情况下，指导患者进行锻炼。

[功用] 益肾养骨，祛风除湿，活血通络。

[疗效观察] 用本方治疗强直性脊柱炎 53 例。经 2 个疗程治疗后，临床治愈（疼痛及压痛消失，功能活动恢复正常）15 例，占 28.3%；显效（疼痛明显减轻，功能活动明显好转）29 例，占 54.7%；有效（疼痛减轻，功能活动较前改善）7 例，占 13.2%；无效（症状和功能无改善）2 例，占 3.8%。总有效率为 96.2%。

11. **蚂蚁风湿灵合Ⅰ～Ⅳ号胶囊**[11]

[组成] 蚂蚁风湿灵：黑刺蚂蚁、三七、白花蛇、穿山甲、仙灵脾、黄芪。Ⅰ号胶囊：黑刺蚂蚁、蜈蚣、全蝎、川乌、草乌、细辛。Ⅱ号胶囊：黑刺蚂蚁、蚤休、穿山甲、穿山龙、薏苡仁、苍术。Ⅳ号胶囊：黑刺蚂蚁、黄柏、知母、生石膏、蚤休、穿山甲。

[用法] 蚂蚁风湿灵：制成冲剂，每包 10 克，每次 1 包，日 3 次，饭后服。Ⅱ～Ⅳ号胶囊：其药物焙干研细末，装空心胶囊，每次 4 粒，日 3 次，饭后服。肾虚寒重型用冲剂加服Ⅱ号胶囊；肾虚湿重型用冲剂加服Ⅲ号胶囊；肾虚湿热型用冲剂加服Ⅳ号胶囊。治疗后关节灼痛、低热等症状减轻，改用冲剂加Ⅲ号胶囊。

[功用] 蚂蚁风湿灵：祛风除湿，活血通络，益气温阳。Ⅱ号胶囊：祛风除湿，温经散寒，活络止痛。Ⅲ号胶囊：祛风除湿通络。Ⅳ号胶囊：祛风除湿，清热解毒，通络止痛。

[疗效观察] 用本法治疗强直性脊柱炎 75 例，经治疗 6 个月，临床治愈 8 例，显效 24 例，有效 31 例，无效 12 例。总有效率为 84%。

（三）单味药治疗

1. 洋金花（又名风茄花、曼陀罗花）[12]

[药理] 主要成分为莨菪碱。具有定喘、祛风、麻醉、止痛等功用。近几年研究表明，有改善微循环、调节植物神经和体液因子，从而增进关节及其周围组织的血液循环，保护细胞膜，改善营养状态，减少关节渗出，促进关节积液吸收，使致痛物质的堆积减少等作用。

[用法] 采用威海产洋金花，制成注射液（代号 7605），每支 2 毫升（每毫升含生药相当于东莨菪碱 0.5 毫克），肌肉注射；或制成酊剂口服（每 10 毫升含生药相当于东莨菪碱 0.5 毫克），每晚睡前肌肉注射或口服 1 次。成人注射以每次 0.5～1.0 毫升（酊剂口服量 5～10 毫升）开始，以后每 3～5 天增加剂量，待增至每日注射 6～7 毫升（酊剂量 55～60 毫升）时，即为每日常用量。一般 3 个月为 1 疗程，但可根据病情及个体差异变换。如用药后睡眠时无意识坐起或下床活动，应将其安置入睡，忌开灯及与患者交谈。必要时服安定或三溴合剂。

[疗效] 治疗强直性脊柱炎 34 例，显效 21 例（61.8%），有效 10 例（29.4%），无效 3 例（8.8%），总有效率为 91%。并设对照组 20 例：药用阿斯匹林 1～1.5g，日 4 次；消炎痛 25～50mg，日 3 次；保泰松 0.1g，日 4 次；氯奎 0.25g，日 2 次；强的松 40mg/日，分 4 次服。上述西药均为口服。结果对照组显效 7 例（35%），有效 10 例（50%），无效 3 例（15%）。两组近期疗效经统计学处理无显著性差异（$P>0.05$），但两组远期复发率（平均随访 2.5 年）西药组高达 65%，而洋金花组无 1 例复发，两组比较有非常显著性差异（$P<0.001$）。两组病例均为用非甾体抗炎药及其它疗法无效者。

[副作用及禁忌] 肌注或口服本品后 15～20 分钟，即可出现口干、眼花、头晕、嗜睡，严重者可有恶心、呕吐、谵语，一般多在次日减轻或消失，无需处理。青光眼、肝肾疾患、孕妇禁用，有高血压者慎用。

2. 雷公藤[13]

[药理]具有非激素类的消炎止痛作用和有类似肾上腺皮质激素样的抗炎及抑制免疫的作用。

[用法] 制成雷公藤颗粒冲剂，每日 2 包（每包 6 克，含生药 16 克），分 2～3 次服，服时用蜂蜜一匙调和冲服，不宜空腹服，服药 2 月为 1 疗程。

[疗效] 用雷公藤颗粒冲剂治疗强脊炎 12 例，表明有明显的镇痛和改善关节功能的效果，血沉等实验室检查指标也有不同程度改善。总有效率为 93%。

（四）其它疗法

1. 针灸

选用脊柱及两侧有关穴位，如大椎、陶道、身柱、脊中、命门、肾俞、腰俞、阳关等穴位。合并坐骨神经痛者选用环跳、坐骨穴、委中、承山等穴位。每次 4～5 个穴位，每日 1 次。

2. 拔火罐或拔竹管

取火罐 4～6 个，用酒精棉球点燃后，隔适当距离放于脊柱及臀部两侧，保持约 15 分钟。隔日 1 次，每次所选穴位不可重复，以免造成皮肤烫伤。10 次为 1 疗程。

拔竹管时用长约10～15厘米、直径约2～3厘米的竹管8～10个，置热水中煮沸。用时将竹管夹出，甩净热水，间隔一定距离（约5厘米），拔于腰及臀部两侧，保持约15分钟。隔日1次，注意事项同上，10次为1疗程。

拔火罐和拔竹管的治疗机理可能是透热，使局部充血，改善局部血液循环，促进局部炎症的吸收。从中医学角度考虑，则有疏通经络、解除有关经络的痹阻之功，对本病的治愈有积极的作用。

3. **刮痧**

（1）以大椎穴至长强穴，由上往下刮治。

（2）取制川乌、木瓜、薄荷、川牛膝各240克，天青、地白草各300克，千吊筋草、红花、当归尾各500克，细辛60克，上药加米醋2千克、黄酒25千克浸泡成药酒。然后用药酒推擦局部，至皮肤毛孔张开，渐有无色透明的分泌物渗出，皮肤颜色呈淡褐色。推擦完毕后，敷贴上大于擦药面积的宝珍膏。敷贴后用纱布包扎，以后每天换药2～4次，约10天左右创面可干燥。

4. **推拿**

（1）用擦法在背部两侧膀胱经治疗，自大杼至秩边，往返3～5遍。在运用擦法的同时，另一手掌沿脊柱作按压，在向下按压时嘱患者呼气放松。

（2）用拇指按揉脊椎两侧膀胱经及秩边、环跳、居髎穴。

（3）擦两侧骶髂关节，配合髋关节的外展与后伸被动运动。

（4）擦髋关节前外侧，并酌情配合髋关节的外展、外旋运动。

（5）擦颈项两侧及肩胛部的斜方肌，同时配合颈部左右旋转及俯仰活动。

（6）按揉、拿风池及颈椎两侧颈夹肌、项韧带和肩井穴。

（7）作扩胸牵引扳法2～3次。

（8）将患者肩背腰暴露，上身前俯。用小鱼际擦法施术于两侧膀胱经和督脉，再以全掌擦腰骶部，均以透热为度。

强直性脊柱炎患者骨质疏松，后期椎体间有骨桥形成，故脊柱活动明显受限。在作推拿治疗时，要控制好手法力度，酌情掌握被动活动幅度，以防事故发生。

5. **外敷**

（1）虎骨膏或追风膏外敷：将膏药4贴，加热后揭开，贴于两侧骶髂关节后方及腰椎两旁。膏药不可过热，以免烫伤局部皮肤。膏药可每3～4日更换1次。具有舒筋活血、祛风散寒、补肾健骨、消肿止痛之功。

（2）醋麸热敷：麸子2斤加陈醋半斤，拌匀后装入布袋，放蒸笼内加热至60℃，隔毛巾放于腰部两侧及骶髂关节后方，保留15分钟。每日2次，20日为1疗程。本法有祛风、散寒、止痛及缓解肌肉痉挛等作用。

6. **小针刀**

病人取俯卧位，在驼背的最高点旁开1.5厘米左右，于两个椎体间隙处选择两点，即是上下两个横突之间（脊肋关节之间），将小针刀先和人体纵轴平行进针，深度到达横突骨面时，转动刀锋，使刀口线和横突平行（约和脊柱下段成75°角左右）进行摸索性切开横突间肌和横突间韧带。手术时要注意病人的反应，并时时询问病人有何反映和感觉，如果酸胀感即为正常。如有麻感或触电感立即移动刀锋1或2毫米，继续手术，直至针下有切开松动感时出针，

压迫针孔片刻待不出血为止。第1次两侧各1点共两针。隔两天后再做第2次手术，在第1次治疗的横突间隙上下相邻的4个横突间选择4个点用同样方法将四处的横突间肌和横突间韧带松解。如此每隔两天治疗1次，施术处为向上向下延展的相邻部位，直到将胸腰椎的所有横突间肌和横突间韧带松解完毕为止，一般9～15次松解完毕。

7. 蜂针[14]

取穴原则：①以痛为腧，取“阿是穴”；②循经取穴：常选穴位有：华佗夹脊、大椎、腰阳关、肾俞（双）、脾俞（双）、大肠俞（双）、次髎（双）、环跳（双）、委中（双）、承山（双）、昆仑（双）等，交替使用。活蜂螫刺法：选定穴位，首先局部皮肤常规清毒，用摄子挟取蜜蜂头胸部，在患者背部穴位上敏感点交替使用。活蜂首次1只，以后每日增加1～2只，根据病情及反应、患者体质和耐受能力的情况而确定每天用蜂数量，最多1次不能超出25只。蜂疗每日或隔日1次，7次为1疗程，休息3～4天，再行第2疗程。施行蜂针疗法前，应先做蜂毒过敏试验。用本法治疗15例，治疗次数最少者14次，最多者35次，结果显效4例，有效10例，无效1例。

三、中西医结合治疗

方法一[15]

[治疗方法]

治疗组（80例）：虚寒型用乌头汤加味：制川乌、制草乌、炙甘草各10克，红花、狗脊、石楠藤各12克，当归15克，熟地30克。湿热型用二妙散加味：黄柏、苍术、桑寄生、甘草各10克，秦艽、防己、狗脊、石楠藤各12克，徐长卿20克。血瘀型用活络效灵丹加味：丹参、熟地各30克，当归、川续断各15克，鸡血藤20克，乳香、没药、露蜂房、地龙、土鳖虫、桂枝、独活、桑寄生、炙甘草各10克。均随症加减。日1剂，水煎服。配合按摩疗法。并用非甾体类抗炎药1种，服1个月无效换1种。另选用干扰电、超短波、微波、红外线等疗法1～2种，日1次，15日为1疗程，疗程间隔3～5日。

对照组（53例）：仅用上述西药及干扰电、超短波、微波、红外线等疗法，方法同治疗组。

[治疗结果]

两组分别临床治愈4例、1例，显效59例、21例，好转17例、31例。愈显率78.8%、41.5%，两组疗效比较有显著性差异（P<0.001）。

方法二[16]

[治疗方法]

风寒湿郁——经痹型用麻黄、制附子、桂枝、细辛、羌活、独活、苍术各10克，制川乌、薏苡仁、威灵仙各15克，川芎12克，生黄芪20克。肾督亏虚——骨痹型用制附子10克，独活、桑寄生、川续断、狗脊、仙灵脾、鹿角胶、白芥子、土鳖虫、威灵仙各15克，怀牛膝、当归各12克，麻黄6克，生黄芪30克。肝肾不足——顽痹型用生地黄、熟地黄、白芍、龟板、泽泻、地龙、乌梢蛇、僵蚕各15克，枸杞子、山萸肉、知母、黄柏、穿山甲各10克，蜈蚣6克。上述各型均随症加减。水煎服，日1剂。均用雷公藤片，每片20mg，每次2片，日3次口服。必要时用风湿治疗仪治疗，正极取腰骶部穴位，负极取委中穴。均30日为1疗程。

[治疗结果]

用本法治疗强直性脊柱炎72例，经2～3疗程治疗，结果显著好转44例，好转29例，无效2例。

方法三[17]

[治疗方法]

观察组（50例，早期8例，中期28例，晚期14例）：①西医治疗：氟美松5毫克加入20%甘露醇250毫升；维生素C　2.0g、654-2　10毫克、洁霉素1.2克加入葡萄糖液，每日静滴1次，共5～7次。②牵引整形：病人俯卧在JQ—I型牵引床，固定腋部及骨盆。根据病人脊长及耐受能力，选择调整拉距，进行牵引力100公斤，拉速10毫米/S的持续机械牵引。同时沿脊柱由上而下用分筋理筋等按摩手法松解软组织。然后用掌推法、震颤法等松解椎间粘连，纠正脊柱强直、后突及侧弯畸形。对后突严重病人，可取10～15°床面。每次治疗3～5分钟，每周1次，共3～4次。③中医治疗：以补肾祛寒为主，化湿散风、养肝荣筋、祛瘀通络为辅，标本兼治。药用桂枝、羌活、白术、熟地、狗脊、元参、白芍、陈皮、炙山甲、枸杞、牛膝、当归、甘草等组成基本方。湿热型去桂枝、熟地，加生地、金银花、桑枝、地骨皮，俟标热得清后，再逐渐转为补肾祛寒之法。瘀血型加桃仁、红花。每日1剂，水煎服。共20～40剂。

对照组（50例，早期10例，中期27例，晚期13例）：除不用中药治疗外，同观察组。

[治疗结果]

观察组平均住院时间36天，结果缓解（临床症状消失，体征及有关化验正常或接近正常）34例，好转（症状、体征及有关化验明显好转）16例。对照组平均住院时间76天，缓解18例，好转30例，无效（症状及体征无明显变化）2例。两组疗效及平均住院时间经统计学处理有显著差别（$P<0.01$）。治疗前，观察组脊柱后突32例，侧弯10例；对照组脊柱后突31例，侧弯9例。治疗后，观察组纠正32例，占76.19%；对照组纠正15例，占37.5%。治疗前后脊柱畸形纠正率经统计学处理有显著意义（$P<0.01$）。

第五节　预　防

（一）保护肾督

保护肾督，指保护肾中精气和保护督脉，使之不受损伤。由于先天禀赋不足，或劳累过度，或房室不节，或久病失养，或产后百脉空虚，皆可导致精血亏损，肾督早衰于未病之先。故注意后天饮食调养以培补先天禀赋之不足，劳逸有节，房室勿使过度，晚婚晚育，积极防治慢性病，以防止久病失养病态的形成，都对于预防AS的发生和加剧有着积极的意义。

（二）预防和积极治疗跌仆损伤

扭挫、坠堕、跌仆外伤不仅损伤腰肌、脊柱，而且使气血运行不畅，经络阻塞，诱致强直性脊柱炎的发生。现代医学的病因观也不排除外伤是AS的发病因素之一。所以，预防和积极治疗跌仆损伤无疑对预防AS的发生与恶化十分重要。

（三）避免寒湿侵袭

寒湿外袭，内侵足太阳膀胱经脉，继而累及肾、督两经，经脉之气受阻，气血闭阻，肾

督阳气被遏，则腰脊筋骨失于温养，遂发骨痹。西医的病因病理观也认为在疲劳的状态下及在寒冷潮湿的环境中劳作、生活是 AS 发生的重要诱因。因此，避免寒湿侵袭对预防本病的发生与恶化亦十分重要。

（四）加强锻炼

有针对性的功能体操是预防和矫正脊柱畸形的主动措施，适用于一切处于慢性期的病人。游泳是最好的功能体操，水的浮力可以减轻肢体的重量，便于病人活动受累关节，如病人能进行正式的游泳活动，更可达到全面锻炼的目的。蛙泳可加强脊柱伸肌力量，兼有扩胸和增加肺活量的作用，自由泳则有伸髋和旋转脊柱的作用。太极拳和气功，其动作缓慢、轻柔，也较适用于本病患者。

参考文献

[1] 郭运清，等．中国中西医结合杂志 1994；13（10）：624
[2] 严碧玉，等．中西医结合杂志 1990：10（11）：652～655
[3] 邱玉珍．陕西中医 1991；12（2）：62
[4] 潘青海，等．陕西中医 1990；11（3）：117
[5] 高根德，等．上海中医药杂志 1991；（9）：15～16
[6] 王碧辉，等．中医杂志 1992；33（12）：35
[7] 聂志伟．辽宁中医杂志 1987；（6）：22～23
[8] 周翠英，等．山东中医杂志 1988；（5）：11～12
[9] 金友，等．北京中医 1990；（2）：29
[10] 娄玉钤，等．中医正骨 1992；4（4）：17～18
[11] 周运炳．四川中医 1994；12（2）：44～45
[12] 田常炎，等．中医杂志 1988；（4）：46～48
[13] 张之澧．上海中医药杂志 1988：（11）：30～31
[14] 张志荣．四川中医 1992；（4）：50～51
[15] 李在尧．新中医 1994；26（7）：24～26
[16] 栾炯．浙江中医杂志 1994；29（2）：65～66
[17] 隋孝忠，等．中国骨伤 1995；8（6）：21～22

第三章　风湿性关节炎

第一节　概述

风湿性关节炎是一种与溶血性链球菌感染有关的自身免疫性疾病，严格地说是风湿热的主要表现之一。一般情况下，关节炎是风湿热最早出现的临床症状。且许多风湿热患者，往往以关节炎症状为主。因此临床上习惯称之为风湿性关节炎。

由于风湿性关节炎是风湿热的临床表现之一，了解风湿热的临床表现，对于防治风湿性关节炎是非常必要的。风湿热是与链球菌感染有关的一种反复发作的急性或慢性非化脓性的全身性结缔组织病，可侵犯心脏、关节、皮肤、浆膜、血管、脑、肺、肾等组织器官，但以心脏及关节损害为主。多发于儿童、青少年（5 岁以下很少发病）。在临床上可见到 4 种基本症状，即关节炎、心脏炎、舞蹈病和皮下结节或多形红斑，其中最常见的是关节炎，最严重的是心脏炎。这 4 种症状可同时或相继出现在同一病人身上。

确诊关节炎必须具备两个条件：①病变累及关节本身；②病变的实质是炎症。因此，特别有必要指出，虽然关节炎可以出现关节疼痛，但出现关节疼痛症状者却并不意味着一定患有关节炎。例如，不少患者出现的关节疼痛是短暂的。一过性的。疼痛虽然确实发生在关节内，但关节并未出现典型炎症性病理改变，或病变轻微而短暂，对这种情况，目前临床多倾向于称之为“关节痛”，而不称为“关节炎”。其中，不少患者在天气变化前或阴天下雨时出现不同程度的关节痛，一般无肿胀，少数可有轻微关节肿胀，数小时至数日后缓解，平时无任何不适，做各种化验检查及 X 线检查也无异常；有些患者可能反复发病，但既不在受累关节遗留任何后遗症，也不侵犯机体其它组织器官。对这种疾病，中国中西医结合学会风湿类疾病专业委员会主任委员王兆铭教授命名为“风湿寒性关节痛”，并已得到全国许多风湿病专家的承认。因此，在临床上把关节炎和风湿寒性关节痛区别开来，是十分重要的。关节炎是风湿热患者的一个常见症状，国内报告有 72～92％风湿热患者有关节炎或关节痛。其典型的表现是游走性的关节炎，多侵犯膝、踝、肘、腕等 4 肢大关节，手足小关节很少累及。在急性期，关节局部可有红、肿、热、痛，但不呈脓性改变，每一关节症状很少超过 1 周，以后逐渐消退，2～4 周完全消退，症状可由一个关节转移至另一个关节。其病变多侵犯两个以上的关节，而少年患者关节症状较轻微，关节炎可局限于 1～2 个关节，较大年龄的儿童和成人关节炎比较显著。不典型者仅有关节酸痛，而无其他炎症表现。急性期过后，关节功能可完全恢复，不遗留关节强直或畸形。西医治疗本病主要采用青霉素控制链球菌感染，水杨酸制剂解热消炎止痛改善症状，合并有心肌炎者考虑用肾上腺皮质激素。

风湿性关节炎属中医“痹病”范畴。中医认为，痹病是因风寒湿热之邪侵犯人体，闭阻经络、气血运行不畅所导致的疾病。以肌肉、筋骨、肢体关节发生疼痛、酸楚、麻木、重着、屈伸不利，甚或关节肿大灼热、强直变形等为主要临床表现，病情较重或迁延日久，病邪可

内舍于脏腑，形成五脏痹。

近年来，用中医痹病理论指导下的理法方药治疗西医诊断的急、慢性风湿性关节炎取得了较好的疗效。足以证明前人理论与经验之可贵，值得进一步加以发掘提高。

但需要指出的是，风湿性关节炎虽属中医痹病范畴，却并非痹病的一切症状都会出现于风湿性关节炎的病程中，例如顽固、持久的关节变形、僵直，在风湿性关节炎的病程中就较少出现，或者说一般不会出现。

第二节 病因病理

一、西医病因病理

（一）病因

β-溶血性链球菌的A型感染是人类风湿热的主要原因，当然就是风湿性关节炎的主要病因。需要说明的是风湿热并非是链球菌直接感染所致，因为风湿热的发病均不在链球菌感染的当时，而是链球菌感染2～3周才出现症状，而且在患者心脏组织和血液中，从未找到溶血性链球菌。证明甲型A组链球菌是风湿性关节炎发病原因的间接证据有：

(1)临床方面：已证实风湿热发病或复发前常有A组溶血性链球菌的上呼吸道感染史。已患有风湿热的患者，当再次链球菌感染后，有5～50%的人引起复发。

(2) 流行病学：一般与链球菌感染严重程度和发病率有关的许多因素如潮湿、群居、环境、气候、经济、年龄等都和风湿热的发病率密切相关。

(3) 免疫学：风湿热患者的血清中出现对溶血性链球菌各种抗原的抗体，如链球菌溶血素O及S、抗链球菌激酶等抗体效价均有增高。研究证实，抗体的反应程度与链球菌咽峡炎后风湿热发生率密切相关。

(4) 预防：临床证实，对风湿热患者给以持续、足量的抗链球菌药物预防治疗，可完全防止风湿热的复发。如对咽部链球菌感染作迅速有效的青霉素治疗，可防止风湿热的初次发作。

（二）病理

由于风湿性关节炎仅是风湿热的临床表现之一，故讨论风湿性关节炎的病理时，必须对风湿热的病理作较全面的介绍。风湿热的基本病理如下：

1. 大体病理

风湿热的急性期是心脏、关节、皮肤的弥漫性渗出和增生性炎症反应。小血管包括小动脉最常受累，但不象其他类型动脉炎，并无血栓性病损。最早风湿性炎症的结构变化是在心脏结缔组织胶原内的称为“类纤维蛋白变性”(fibrinoid degeneration)和在心内膜和瓣膜的致密胶原中的“类粘液水肿”(mucoid edema)——一种嗜碱染色肿胀的基质。在这些类粘液区域，胶原纤维可变得肿胀和嗜酸性，形成一硬蜡样纤维网络。这些病变常在患风湿热两周后的心肌内Aschoff结节中。关于这种结节本节仅讨论其细胞来源。病变早期，在嗜酸性物质（类纤

维蛋白变性）之间有淋巴细胞集合围拢，以后有富含嗜硷性胞浆的多形核细胞掺入。细胞的胞小核有“鸱鸺眼”的表现。Anieschkow 肌细胞核的染色体呈杵状排列，并有一锯齿状边缘。病情进展至最后，阿孝夫结节为纤维组织替代呈三角样瘢痕。类纤维蛋白是纤维、丙种球蛋白及其他成分的复合体。电镜所见为原型胶原纤维和从变性胶原纤维来的颗粒物质。胶原中的类纤维蛋白变化可见于许多炎症状态，其处胶原受损而纤维和丙球蛋白—补体系统的许多成分一起沉淀或凝集。阿孝夫结节虽是风湿热病变的特异表现，但其来源，对心脏的影响，以及与风湿热发作的严重性和病程的关系仍不明确。有人认为阿孝夫病损来自损伤的肌细胞，但多数病理学家认为来自结缔组织成分。近来认为可能来自心肌神经细胞的终末支。关于阿孝夫结节在风湿性心脏炎中的病理作用仍有争论。急性风湿性心肌炎常伴有心肌的毒性作用，但并不能从尸解中表现出来。病理学家们已认识到阿孝夫结节在风湿热发作后仍多年存在，在二尖瓣手术时左心耳活检可以见到这些病灶持续存在，但并无临床或实验室风湿热活动的证据。故阿孝夫结节的持续存在似与宿主发生进行性二尖瓣纤维化和狭窄有关。新近对风湿性二尖瓣手术病人的左心耳研究表明，二尖瓣狭窄者 21%有阿孝夫结节，而单纯二尖瓣返流的仅 1%，这种结节似有发展为二尖瓣进行性硬化的趋向。

2. **心脏病理**

风湿性心脏炎的特征是全心炎，即心脏的各层均被累及。肉眼所见为新鲜渗出性心包病变、心肌扩张和赘疣性瓣膜病变。心包炎累及心包脏、壁层，两层均增厚且有纤维素性渗出物覆盖。心包腔内常充满浆液血性液体。光镜可见在心脏各层均有类粘液水肿和类纤维蛋白变化，可伴有愈合性纤维化和粘连，但缩窄性心包炎并不是风湿性心包炎的合并症。心肌炎的特征是灶性病变，但除阿孝夫结节外有间质组织的弥漫性细胞浸润，这些细胞有淋巴细胞、多形核白细胞、组织细胞及嗜酸性白细胞。心肌纤维最大的损伤发生在阿孝夫结节的附近，围绕血管周围肌细胞溶解，肌纹消失，脂肪变性和肌纤维空泡化。在临床上急性风湿热的房室传导阻滞发病率很高，但罕见有 His 肌束病变的解剖变化。

心内膜炎的特征是在瓣膜炎游离缘有赘疣病灶，后者是嗜酸性物质的无定形块质染色如纤维蛋白。在瓣膜的基底和尖缘，细胞排列在基底右角如栅状。当痊愈时发生颗粒组织且有血管形成和进行性纤维化，瓣膜环和瓣膜尖同样受累。腱索常被累及，增厚并缩短。心内膜下也可发生瘢痕，并形成特殊的嗜酸性颗粒样阔带或透明物质，且在痊愈时增厚，形成瘢痕，甚至成为钙化层。

风湿热时的冠状动脉炎，有人认为这些病灶在产生心肌损伤中是重要的。虽然大的冠状动脉血栓形成非常少见，但有时可发生大部分微小血管阻塞，在急性发作心脏扩张后起不可逆转的损伤性作用，而造成不能复原的结局。

风湿性瓣膜畸形，二尖瓣机能不全或关闭不全，是因 1 或 2 个二尖瓣尖的缩短、腱索和乳头肌的融合和缩短，或由于瓣膜环的扩张。二尖瓣返流是引起风湿性心脏病最常见临床表现的病变。此种病变在较轻的急性风湿热，并缺乏心脏外症状时常是亚临床性的。活动性心脏炎发生的瓣膜环扩张，多系左心室急性扩张的结果。但显著返流也可发生在无急性心室扩张、无严重心肌炎并存的瓣膜炎症时。二尖瓣狭窄可伴有不同程度的二尖瓣返流，瓣尖可融合成卵圆形开口孔，但瓣尖本身仍薄而柔软，不过也有瓣尖厚硬甚至钙化的病例。有的二尖瓣开口可成为“鱼口样”、“漏斗样”、“钮眼样”。因此瓣尖和腱索可联合受累，因不同程度的结合引起血液动力学和体征显著变化。很明显，如发生缩紧的二尖瓣狭窄，须经一慢性和进

行性纤维化过程。瓣膜显著畸形的病例，可确定是由于最初风湿病变的严重性所致，多发生在疾病的早期几年内。有的病例风湿热开始发作仅产生轻度至中度返流，但病变过程可潜隐持续 10～20 年或更长。主动脉瓣畸形是最常见的狭窄和闭锁不全的联合病变。单纯的主动脉瓣狭窄，轻微的主动脉瓣返流十分常见，且常是轻度风湿病变的亚临床型。主动脉瓣畸形是瓣尖融合、硬化、缩短，一个或几个瓣尖滚轧，或前述几种病变联合的结果。三尖瓣畸形常与二尖瓣和主动脉瓣病变同时存在，在慢性风湿性心脏病患者中发生率为 10%。肺动脉瓣畸形罕见，如发生可类似主动脉瓣所见。在风湿性心脏病的进程中，瓣膜炎症的持续和某些进行性病变，并不与原有风湿病变的进展或风湿复发有关。红细胞破坏（心脏性溶血性贫血），血小板迅速破坏和更新，以及进行性血栓形成和纤维化可与钙化一起发生。反复发作的血液动力性充血性心力衰竭可引起心肌脂肪性变和进行性纤维化。心内膜，特别在左心房易发生机化性栓塞和进行性扩张。

3. **心脏外病变**

①关节炎。风湿性关节炎的病理特征是关节和关节周围结构的水肿和肿胀，并伴有关节腔的浆液性渗液；但无关节面的糜烂和血管翳形成。滑膜红而增厚，覆盖一层纤维性渗出物。光镜所见急性渗出性炎症并伴有局灶性和弥漫性中性多形核细胞和淋巴细胞浸润。最后可表现为局灶类纤维蛋白病变和组织细胞性肉芽肿，但没有纤维化。②皮下结节。结节中心带为类纤维蛋白坏死，周围围以组织细胞和纤维母细胞，淋巴细胞和中性多形核细胞集中在小血管周围，其组织学表现类似阿孝夫小体。这些病变迅速痊愈，不留瘢痕。舞蹈病的病理和临床表现不一定符合。舞蹈病的中枢神经系统病变有动脉炎，细胞变性，血管周围圆形细胞浸润，偶见瘀点样出血。但从整体看，上述病变并不遍及皮质、小脑和基底神经节。

二、中医病因病机

中医对本病病因病机的认识最早始于《内经》。《素问》有“痹论”专篇，对本病的病因、病机、证候分类及演变等均做了较系统的论述。就其病因来看，《素问·痹论》首次提出了风寒湿邪为痹病病原因子的观点。该章曰：“所谓痹者，各以其时重感于风寒湿之气也。”《痹论》还认为痹的产生与饮食、生活环境有关。所谓“饮食居处，为其病本。”该篇对其证候进行了分类：“其风气胜者为行痹，寒气胜者为痛痹，湿气胜者为著痹也。”依四时中邪又分：“以冬遇此者为骨痹，以春遇此者为筋痹，以夏遇此者为脉痹，以至阴遇此者为肌痹，以秋遇此者为皮痹。”对其演变和预后也做了论述：“五脏皆有合，病而不去者，内舍于其合也。故骨痹不已，复感于邪，内舍于肾；筋痹不已，复感于邪，内舍于肝；脉痹不已，复感于邪，内舍于心；肌痹不已，复感于邪，内舍于脾；皮痹不已，复感于邪，内舍于肺。”形成五脏痹，其临床表现为：“肺痹者，烦满喘面呕；心痹者，脉不通，烦则心下鼓，暴上气而喘，嗌干善噫，厥气上则恐；肝痹者，夜卧则惊，多饮数小便，上为引如怀；肾痹者，善胀，尻以代踵，脊以代头；脾痹者，四肢懈堕，发咳呕汁，上为大塞。”对病位浅深及其预后作了如下的判断：“其入脏者死，其留连筋骨间者疼久，其留连皮肤间者易已。”

以上论述是对临床经验作出的精辟总结，足以说明当时对痹证已有相当高的认识水平。

麻木做为临床一个症状，随着痹病发生而出现，如《灵枢·寿夭刚柔篇》曰：“寒痹之为病，留而不去，时痛而皮不仁”。

汉代张仲景在《伤寒杂病论》中，论述了太阳风湿病的辨证论治。其曰："伤寒八九日，风湿相搏，骨节烦疼掣痛，不得屈伸，近之则痛剧，……甘草附子汤主之。"又曰："太阳病，关节疼痛而烦，脉沉而细，此名湿痹。"（《金匮要略·痉湿暍病脉证并治》）。仲景又另立"历节病"，对其辨证论治"诸肢节疼痛，身体尪羸，脚肿如脱……桂枝芍药知母汤主之"，"病历节不可屈伸，疼痛，乌头汤主之。"（《金匮要略·中风历节病脉证并治》）又提出对于阴阳气血俱不足之血痹，则用黄芪桂枝五物汤（《金匮要略·血痹虚劳脉证并治》）以通阳行痹。张仲景创制的几首方药，至今仍为临床常用的有效方剂。若寒湿痹着于腰部，则出现肾着之病。仲景提出肾着病的表现和治疗应为："其人身体重，腰中冷，如坐水中，……腰以下冷痛，身重如带五千钱，甘姜苓术汤主之。"（《金匮要略·五脏风寒积聚病脉证并治》）

值得提出的是，继《内经》之后，《中藏经》在外感痹症中提出了暑邪致痹的理论。如《中藏经·五痹》曰："痹者风寒暑湿之气，中于人则使之然。"并对痹证做了最准确的判断："痹者，风寒暑湿之气，中于脏腑之为也。入腑则病浅易治，入脏则病深难治。"

隋代巢元方等所著《诸病源候论》把痹病分为风湿痹、风不仁、风痹、风冷等，并做了形象的描绘。如《风湿痹候》云："风湿痹病之状，或皮肤顽厚，或肌肉酸痛，风寒湿三气杂至，合而成痹。其风湿气多而寒气少者，为风湿痹也。"

唐宋医家遵巢氏之说，把"痹"和"历节"皆纳入"风"病门论述。孙思邈指出痹病晚期可出现骨节变形。《千金方·卷八·诸风》云："夫历节风著人，久不治者，令人骨节蹉跌。"此外，《外台秘要·卷十三要》在痹症、历节病之外，又另立白虎病之名："白虎病者，大都是风寒暑湿之毒，因虚所致，……蓄于骨节之间，或在四肢，肉色不变，其疾昼静而夜发，发则彻骨，痛如虎之啮，故名白虎之病也。"《千金方》和《外台秘要》搜集了大批古代验方，除内服药外，并有灸法、酒药、膏摩等治疗方法，从而大大丰富了治疗措施。宋代许多著作如《圣惠方》、《圣济总录》等书，在风寒湿痹之外，又另立热痹一门，其治法本着《千金方》犀角汤而又有所扩充，一般用生地、犀角、石膏、麦冬、大黄类甘寒苦寒之药。此时期在治痹药物上，宋人多善用虫类药物以搜剔经络内的风痰死血。

金元时代的医家，遵《内经》多称之为痹病，而废"历节病"、"白虎病"之名。但李东垣、朱丹溪则弃"痹"、"历节"、"白虎"之名而另立"痛风"病名。如《丹溪心法·痛风》曰："痛风者，四肢百节走痛，方书谓之白虎历节风证是也。大率有痰风、热风、湿、血虚。"朱丹溪在治疗上曾拟痛风通用方，又分上下选择用药，对后世影响很大。以张子和为代表的医家认为，把风痹、痿、厥、脚气均混入"风"门论述是不对的。如《儒门事亲·指风痹痿厥近世差玄》说："本自不同，而近世不能辨，一概作风冷治之，下虚补之，所以旷日持年而不愈者。"认为麻木是诸痹的共同症状："夫痹之为状，麻木不仁，以风寒湿三气合而成之。"

明清时代，随着医学的不断向前发展，诸医家有鉴于病名越来越纷繁，故多主张统一痹证、历节病、白虎病、痛风的病名。如孙一奎《医旨绪余·卷一》对东垣、丹溪舍痹证而言痛风提出了批评，认为这是"因名述实，为害已久。"张路玉《张氏医通》亦说："痛风一证，《灵枢》谓贼风，《素问》谓之痹，《金匮》名曰历节，后世更名白虎历节。"而其病因病机基本相同："多由风寒湿气乘虚袭人经络，气血凝滞所致。"该书还指出："体痛为一身尽痛……湿痹痛痹，皆有体痛……寒而身痛，痛处常冷，或如湿状，甘草附子汤。内伤劳倦，兼风湿相搏，一身尽痛，补中益气汤加羌防……湿热相搏，肩背沉重，疼痛上热……遍身上下沉重疼痛，当归拈痛汤……"明确提出了肩痛、背痛属于痹证，并介绍了具体的治疗方剂。

此期医家对痹之属热、属虚者，颇多发挥。喻嘉言《医门法律·中风门》曰："凡治痹证，不明其理，以风门诸通套漫施之者，医之罪也。然己人在四物、四君子等药之内，非专发明矣。"强调痹病日久，关节变形、僵硬者，未可先治痹，而应先养气血。论痹之属热者亦多有之，如秦景明《症因脉治·痹证论》曰："热痹之证，肌肤热极，唇口干燥，筋骨痛不可按，体上如鼠走状，此《内经》所云阳气多，阴气少，阳独盛，故为热痹之证。"叶天士《临证指南医案》对于热痹的病机、治法都有精辟的论述："从来痹症，每以风寒湿三气杂感主治，翘羌之不同，由于暑暍外加之湿热，水谷内蕴之湿热；外来之邪，着于经络，内受之邪，着于脏腑，故卒解汗出，热痹不减，全以急清阳明小愈。"（《卷七·痹·沈案》）。这就明确指出："湿热痹与风寒湿痹病因各异，治法不同。"此外，王清任《医林改错》还提出痹为瘀血致病说，书中的身痛逐瘀汤等方，在治痹方中可备一格；唐容川《血证论》、张锡纯《衷中参西录》等对痹之属瘀者亦颇多阐发。在对风寒湿痹的认识和治疗上，明清医家亦很有特色。如李士材《医宗必读》提出风寒湿邪致病，虽各有特点，但在临床上是不能截然划分的。如行痹以散风为主，佐以祛寒理湿，又治风先治血，血行风自灭，更须参以补血之剂；痛痹以散寒为主，佐以疏风燥湿，大抵参以补火之剂，非大辛大温，不能释其凝寒之害；着痹以利湿为主，更佐以祛风散寒，尤须参以理脾补气，达到壮土胜湿之效，即"气足无顽麻"，对后世临床是很有指导意义的。叶天士倡"久病入络"之说，对久痹不愈者，提倡用活血化瘀及虫类药物，有搜剔病邪、宣通络脉之效。虚人久痹宜养肝肾的治法，对后世也有很大影响。在痹证临床分类上，以《医宗金鉴》的作者吴谦为代表的医家主张用虚实归纳诸痹："痹虚者，谓气血虚之人诸痹也"吴鞠通亦谓："大抵不外寒热两端，虚实异治"而已，皆极明晰。

综上所述，祖国医学文献中有关痹证病因病机的论述相当久远和丰富。《素问·痹论》首先提出其纲要，历代医家又从实践中不断地丰富、发展了痹病的病因病机学说，现结合现代中医的临床实践，对痹病的病因病机概括如下：

（一）病因

所谓病因，一是指外来的致病因素，二是指在外邪作用下发病的原因。外来致病因素，有风、寒、湿、热之邪。《素问·痹论》说："风寒湿三气杂至，合而为痹，其风气胜者为行痹，寒气胜者为痛痹，湿气胜者为着痹。"既指出了风、寒、湿邪是痹证的病因，又阐明了风、寒、湿邪偏胜条件下痹病的症状特点。清代医家尤在泾在《金匮翼·热痹》中说："热痹者，闭热于内也……脏腑经络，先有蓄热而复遇风寒湿气客之，热为寒邪，气不得通，久则寒亦化热，则瘖痹燔然而闷也。"明确指出了热邪为热痹的病因。发病的条件是正气内虚，复感外邪。正如《济生方》所说："皆因体虚，腠理空疏，受风寒湿气而成痹也。"

（二）病机

1. 风寒湿痹

风寒湿邪，侵袭人体，导致经络闭阻，气血运行不畅，不通则痛，发为痹病。如《素问·痹论》曰："风寒湿三气杂至，合而为痹也。"痹，即闭也。乃痹塞不通。痹而不仁之意。当人体气血为风寒湿所闭，滞而不通，产生痛、酸、麻、木的证候，称为"痹病"。《杂病源流犀烛·诸痹源流》谓："痹者，闭也，三气杂至壅闭经络，血气不行，不能随时祛散，故久而为痹。"又如《景岳全书》谓："盖痹者，闭也。以血气为邪所痹不得通行而痛也。"《河间六

书·诸痹》亦谓："风寒湿三气合而为痹，风气胜者为行痹，上下左右无常留……寒气胜者为痛痹，大宜宣通；湿气胜者为着痹，湿地水气甚重，著而不去，多汗而濡者。"

（1）风痹（行痹）：因卫阳素虚，肌表不固，汗出当风，风邪乘虚而入。如《诸病源候论·四肢痛无常处候》曰："风邪随气而行，气虚之时，邪气则胜，与正气交相争击，病随虚而生，故无常处也。"或因睡卧当风，风邪阻络，气血不通而致。《金匮要略·血痹虚劳病脉证并治》指出：血痹乃"尊荣人，骨弱肌肤盛，重因疲劳汗出，卧不时动摇，加被微风，遂得之。"风胜善行数变，故风邪致痹，疼痛常游走不定，罹及多个肢体关节。《圣济总录·诸痹门》曰："风为阳气，善行数变，故风气胜则为行痹，其症上下左右，无所留止，随其所至，气血不通是也。"《医宗必读》曰："筋痹，即风痹也，游走不定，上下左右，随其虚邪与血气相搏，聚于关节，或赤或肿，筋脉弛纵，故称走注。"

（2）寒痹（痛痹）：多因冬季严寒，或因气温骤降，人体防寒保暖不够，则常易感寒邪。此外，淋雨涉水，或汗出当风，亦常感寒邪。寒属阴，易伤阳气，阳气受损，失其正常温煦作用，则见局部发凉，或恶寒肢冷，遇寒疼痛加重，得温则减。寒性凝滞，气血阻滞不通，不通则痛。《素问·举痛论》曰："寒气入经而稽迟，泣而不行，客于脉外则血少，客于脉中则气不通，故卒然而痛。"所以寒痹则肢体关节肌肉疼痛剧烈，屈伸不便。

寒则血凝为瘀．表现为麻木、停著不移等。《张氏医通·卷六》曰："皮痹者，寒痹也。邪在皮毛……搔之不痛，初起皮中如虫行状。"

（3）湿痹（着痹）：多因久居潮湿阴寒之地，或大汗之后浸渍冷水，或冒雨涉水，水中作业等。湿邪侵袭腰、肩、四肢、关节、肌肉，湿性重着，留滞经络关节，则阳气布达受阻，故疼痛重着不移，或伴肌肤麻木、酸楚。《圣济总录·诸痹门》曰："地之湿气感则害人皮肉筋脉。盖湿地，土性缓，荣卫之气，与湿俱留，所以湿盛则着而不移也。其证多汗而濡者，以阴气盛也"。

必须指出，上述风、寒、湿三痹，虽各具风邪、寒邪、湿邪致痹的证候特点，又常兼挟其余二邪为患。例如，风痹以游走不定为特点，但往往伴寒邪所致的冷痛和湿邪所致的重着，此时辨证虽属风痹，治疗时却必须祛风为主，佐以散寒除湿。湿痹、寒痹，亦可类推。正由于此，《素问·痹论》才在"风寒湿三气杂至，合而为痹也"的论述之后，紧接着阐述了"风气胜者为行痹，寒气胜者为痛痹，湿气胜者为着痹"的病理特点。

2. 风湿热痹

多因素体肥胖湿盛，复感风热之邪，致外来的风热之邪与内湿相合，阻痹经络，气血失畅，导致痹痛；或平素体阳偏盛，内有蕴热，复感风寒湿邪；或过食肥甘，湿热内生；或外感湿热之邪，或湿邪日久化热。湿热留恋于肢体、经络、关节，湿热蕴结闭阻而成热痹。其证多见四肢关节煅热疼痛。

3. 血瘀痰阻痹

痹证中出现的肢体关节疼痛大多与气血运行不畅有十分密切的关系，因此，风寒湿痹或热痹日久不愈，则气血凝滞的病理变化日益增剧，最易形成瘀血痰浊阻滞经络，出现皮肤瘀斑、关节周围结节、关节肿大、屈伸不利等症。

4. 虚痹

多因风寒湿热痹病日久不愈，耗气伤精，精气不足，肝肾亏损，或情志不遂，忧思太过，损伤心脾，气血生化不足，复感外邪，正虚邪痹所致。总之，虚痹的成因有二：一是久病痹

症损伤气血，因病致虚；二是先有气血不足或亏耗，复感于邪，因虚致痹。

5. **脏腑痹**

痹证日久不愈，复感于邪，病邪由经络而病及脏腑，出现脏腑痹的证候。此即《素问·痹论》所说："五脏皆有合，病久而不去者，内舍于其合也。"其中以心痹为最常见。这是因为，痹之为病，必害气血，气分营卫，血行脉中，心为血脉之内合，故痹病日久，虽病邪可内舍于五脏而形成五脏痹，但终以心痹为最常见，其症如《素问·痹论》所说："心痹者，脉不通，烦则心下鼓，暴上气而喘。"

第三节 诊 断

一、辨病·西医诊断

（一）症状

风湿性关节炎在临床上按其起病的缓急、症状的轻重及预后的不同，常分为急性风湿性关节炎和慢性风湿性关节炎两类。分述如下：

1. **急性风湿性关节炎**

（1）全身症状：初起时可有周身疲乏，食欲减退，出汗、烦躁、发热等。

（2）关节症状：关节红、肿、热、痛，病变主要侵犯膝、踝、髋、肩、肘、腕大关节；但少数也可侵犯四肢小关节以及颞颌关节和脊柱关节。特点是关节疼痛呈游走性，由一个关节转移至另一个关节，可以同时数个关节受累。风湿性关节炎患者的关节功能受限多因疼痛、肿胀而引起。在急性炎症控制后，关节功能可完全恢复，不遗留关节畸形。

（3）关节外症状：最常见、最严重和最有特征性的是心脏病变及皮肤改变。①心脏炎：据文献报道有60～80%的患者可累及心脏，伴有心脏炎（包括心肌炎、心内膜炎、心包炎）。在临床上多表现为以心肌炎为主，主要有胸闷、心悸、心前区不适或疼痛以及充血性心力衰竭等现象。②皮肤改变：环形红斑及结节性红斑。环形红斑较多见，好发于四肢内侧和躯干，为淡红色环形红晕，皮损由小渐大，起初较小，随后迅速向周围扩大而中心消失，边缘隆起，几个红斑可相互融合而形成较大的边缘不规则的圆圈，时隐时现，可以持续数月之久。结节性红斑，好发于小腿，起初不红，按之有压痛，其后呈红色结节，消退后仍有色素沉着。皮损还可表现为皮下结节，好发于肘、膝、枕部、棘突等骨质隆起或肌腱附着处，大小如豌豆，数目不等，质地硬，触之不痛。有皮下结节患者常伴有严重的心脏炎。

2. **慢性风湿性关节炎**

既往有咽峡炎或扁桃体炎病史。主要临床表现有：关节酸痛或游走性窜痛，或有1～2个关节轻度肿胀，局部无红、热症状；少数病人可见有红斑，关节痛于阴雨天、刮风时加剧。一般无高热，仅少数患者有低热，体温多在37.5～38℃之间。

（二）体征

除关节红肿发热、环形红斑、皮下结节外，心脏炎的体征临床上最重要。儿童病人中60

～80%有心脏病变。急性风湿性心脏炎是儿童期充血性心力衰竭的最常见原因。心脏炎包括心肌炎、心内膜炎、心包炎，其中以心肌炎最常见。现分述心肌炎、心内膜炎、心包炎的体征如下：

1. **心肌炎**

①心动过速：心率常在每分钟 100～140 次之间，与体温高度不完全成比例。水杨酸类制剂可使体温下降，但心率未必恢复正常。②心脏增大：心尖搏动弥散，微弱，心浊音界增大。③心音改变：第一心音减弱；形成胎心样心音，呈钟摆律。心前区出现舒张期奔马律，往往是心力衰竭的征象。④杂音：心尖部或主动脉瓣区可听到二级左右收缩期吹风样杂音。有时在心尖部可有轻微、柔和的隆隆样舒张中期杂音。此杂音主要由心脏扩大引起二尖瓣口相对性狭窄所致。急性炎症消失后，上述杂音也可减轻或消失。⑤心律失常及心电图异常：可有早搏、阵发性心动过速、不同程度的房室传导阻滞及早期出现的阵发性心房颤动。心电图表现以 PR 间期延长最为常见，可能由于风湿性病变侵袭房室结，亦可能为迷走神经兴奋所致。此外，可有 ST 段与 T 波改变，QT 间期延长和心室内传导阻滞等。⑥心力衰竭：在成人中，心力衰竭多在慢性瓣膜病基础上发生；而初发风湿热的儿童出现的心力衰竭主要是急性心肌炎所致，病情往往凶险，有呼吸困难、面色苍白、肝脏肿大、浮肿等表现。

2. **心内膜炎**

在病理上极为常见，凡有心肌受累者几乎都有可能侵犯瓣膜。临床上，出现心尖区轻度收缩期杂音，往往属功能性，可能继发于心肌病变或发热和贫血等因素。在风湿热活动控制后，杂音可减轻或消失。如心尖区出现二级以上杂音，向腋下传导，且伴有第一音减弱，杂音音调较高，有时可呈海鸥鸣样，往往提示急性心内膜炎引起器质性二尖瓣关闭不全。心尖区常有柔和、短促的隆隆样舒张中期杂音（Carey Coombs 杂音），至舒张末期消失，是由于左室扩张形成二尖瓣口相对狭窄，瓣叶发生水肿，或由于血流速度经过二尖瓣口过快而产生。主动脉瓣区舒张期杂音的出现，虽较心尖区杂音为少见，但往往提示瓣膜已有累及，于风湿热发作后杂音往往多不消失。

3. **心包炎**

常与心肌炎同时存在，为一种纤维素性或浆液纤维素性炎症，积液量一般不多。患者自觉心前区疼痛，听诊常有心包摩擦音，可在数天至 2～3 周内消失。X 线检查示心脏外缘平直，心影下部增大，如烧瓶样；平卧时心底部明显增宽，心腰消失。心电图中胸前各导联 ST 段抬高。超声心动图可见左心室后壁的心外膜后，甚至右心室前壁心外膜前，有暗区存在。渗出物吸收后，浆膜有粘连和增厚，但一般不影响心脏功能。临床上极少发展成缩窄性心包炎。

此外，尚有 1/3 心包炎病人临床上既不伴有发热、关节炎等典型表现，心包炎本身也不引起自觉症状，但却发展成慢性心瓣膜病。此即所谓隐匿型风湿性心包炎，在成人中较多见。

（三）实验室检查

1. **一般检查**

①血常规：白细胞计数轻度至中度增高，中性粒细胞稍增多。常有轻度红细胞计数和血红蛋白含量降低。②尿常规：可有少量蛋白、红细胞和白细胞。③咽喉部拭子培养：风湿活动时溶血性链球菌培养可阳性。

2. **特殊检查**

（1）血清溶血性链球菌抗体测定：溶血性链球菌能分泌各种酵素和毒素，其中较重要的有链球菌溶血素、红疹毒素、链球菌激酶、透明质酸酶、蛋白酶等。此类抗体的增加，说明病人最近曾有溶血性链球菌感染。结合临床表现，抗体滴定度增高的程度以及持续时间的久暂、有助于诊断本病。常用的测定有：①抗链球菌溶血素“O”（简称抗链“O”，＞500 单位为增高）。②抗链球菌激酶（＞80 单位为增高）。③抗透明质酸酶（或称抗粘糖酶，＞128 单位为增高）。④抗 M 蛋白抗体、抗 DNA 酶 B 和抗核甙酶测定。由于所用测定方法的不同，各家报告的正常值亦有差异。

（2）非特异性血清成分改变测定：这些血清成分在各种炎症或其他活动性疾病中都可发生变化。在风湿病的急性期或活动期也呈阳性结果。常用的测定有：①红细胞沉降率（血沉）。风湿病活动时由于某些蛋白质的增高（包括纤维蛋白原、α 和 γ 球蛋白等）和轻度贫血等因素，使血沉加速；但有严重心力衰竭时，肝脏因充血而制造纤维蛋白原的功能减低，血沉可以不快。②C 反应蛋白。风湿病活动时，血清中有与 C 物质（碳水化合物）起反应的蛋白，存在于 α 球蛋白中。③粘蛋白。凡结缔组织病变时，基质内的粘蛋白在血浆中的浓度增高。④蛋白电泳。白蛋白降低，而 γ 球蛋白和 α_2 球蛋白升高。⑤血清总补体（CH_{50}）和补体 3（C_3）测定。风湿活动期中均降低，提示发生过补体性损害。

上列各项检查联合应用时，诊断意义较大。若抗体和非特异性血清成分测定均呈阳性，提示活动性风湿病变；若二者均阴性，可排除风湿病活动期。抗体升高而非特异性血清成分测定阴性者，表示在恢复期或发生了链球菌感染的可能性大；若抗体正常而非特异性血清成分测定阳性，应考虑其他疾患。

（四）诊断要点

1. 诊断

①以四肢大关节（膝、髋、踝、肘、肩、腕）游走性疼痛为主。②急性者发病急，高热，关节红肿疼痛；慢性者关节游走窜痛或兼低热。③血沉增速，C 反应蛋白阳性，或白细胞增多，X 线摄片关节无侵蚀现象。④可有环形红斑或结节性红斑等皮肤病变。⑤常合并心脏炎。

由于风湿性关节炎仅是急性风湿热中最常出现的症状之一，故将急性风湿热的诊断标准附列于此：

（1）主要表现：①心脏炎；②多发性关节炎；③舞蹈病；④皮下小结；⑤环形红斑。

（2）次要表现：①发热；②关节痛；③心电图上 PR 间期延长；④血沉增速；⑤过去有风湿热病史，或现有非活动性风心病征。

具有两项主要表现，或一项主要表现加二项次要表现，并最近有溶血性链球菌感染的证据，即可诊断为风湿热。

2. 鉴别诊断

（1）其他病因的关节炎：①类风湿性关节炎：为多发性对称性指掌等小关节炎或脊柱炎。后期常伴有关节畸形、指间关节呈梭形肿大。超声心电图早期可发现心包病变和心瓣膜损害。X 线检查显示关节面破坏，关节间隙变窄，邻近骨组织有骨质疏松。血清类风湿因子（Rheamutoid factor，RF）测定阳性，免疫球蛋白 IgG、IgA 和 IgM 增高。②球菌性脓毒血症所引起的迁徙性关节炎：常伴有原发感染的征候，血液及骨髓培养多数呈阳性，且关节内渗液有化脓趋势，并可找到病原菌。③结核感菌过敏性关节炎（Poncet 病）：体内有确切的结核感染病灶，

经常有反复的关节炎表现，但一般情况良好。接受水杨酸类药物治疗可暂时缓解，但反复发作，经抗结核治疗后，症状消退。

（2）系统性红斑狼疮：本病有关节痛、发热、心脏炎、肾脏病变，类似风湿热；但对称性脸部蝶形红斑、白细胞计数减少以及血液或骨髓液涂片可找到狼疮细胞等，有助于诊断。

（3）链球菌感染后状态：在扁桃体炎或上呼吸道感染后，出现低热、关节酸痛、血沉和抗链“O”轻度增高，心电图中可有一时性的早搏和轻度ST段或T波改变。但无心脏扩大或明显杂音。在应用青霉素和小剂量激素治疗后很快恢复正常，以后也不再反复发作。此类患者一般可诊断为链球菌感染后状态，其预后与风湿热不同，应加区别。

（4）亚急性感染性心内膜炎：亚急性感染性心内膜炎多见于原有心脏瓣膜病变者，有进行性贫血、脾脏肿大、瘀斑、杵状指或栓塞现象，伴有阳性血培养，为其特点。

二、辨证·中医诊断

（一）辨证要点

风湿性关节炎为以肢体、关节疼痛为主，并伴有活动障碍的一种病变。以肢体关节（腰、肩、膝、肘、腕、踝）疼痛、酸楚、麻木、重着、活动障碍为主证。疼痛可呈游走性或固定在某一处，刺痛或麻木，或肿胀，多在天气变化时明显加重。风湿性关节炎属于中医“痹病”范畴，应与中医“痿证”相鉴别。痹与痿同是肢体疾患，但二者病因病机和临床表现截然不同。痹是风寒湿热之邪闭阻经络，气血运行不畅，造成“痹而不通”，出现躯体、四肢、关节、肌肉以疼痛、酸楚、麻木或肿胀、屈伸不利为主的病证。痿是多因肺热伤津，湿热侵淫，或气血不足，肝肾亏虚，筋脉失养，出现肢体筋脉弛缓，软弱无力，严重者手不能握物，足不能任身，肘、腕、膝、踝等关节如觉脱失，渐至肌肉萎缩而不能随意运动的一种病证。

对于风湿性关节炎的辨证要点，首先应辨清风寒湿痹与热痹的不同。热痹以关节红肿热痛为特征。风寒湿痹则虽有关节酸痛，但无局部红肿灼热，其中又以关节酸痛游走不定者为行痹；痛有定处，疼痛剧烈者为痛痹；肢体酸痛重着，肌肤不仁者为着痹。病程日久，寒凝湿阻，气血不利，变生瘀血、痰浊，留于筋骨、关节，可形成血瘀痰阻痹；气血损伤、脏腑亏虚，可形成虚痹；痹证日久不愈，复感于邪，病邪由经络内人于脏腑，形成脏腑痹，尤以心痹为最常见。

（二）辨证分型

1. 风寒湿痹

（1）行痹

[临床表现] 肢体关节酸痛，游走不定，关节屈伸不利；或见恶风发热，苔薄白，脉浮。

[辨证分析] 关节疼痛，屈伸不利为风寒湿痹的共同特征，系因风寒湿邪留滞经络，阻痹气血所致。行痹即风痹，在风寒湿三邪中以风邪偏盛、风善行而数变，故见关节游走疼痛；外邪束表，营卫失和，故见恶风发热；苔薄白，脉浮，为邪气外侵之象。

（2）痛痹

[临床表现] 肢体关节疼痛较剧，痛有定处，得热痛减，遇寒痛增，关节不可屈伸，局部

皮色不红，触之不热，苔薄白，脉弦紧。

[辨证分析] 风寒湿邪闭阻经络，而以寒邪偏盛，寒为阴邪，其性凝滞，故痛有定处；寒主收引，筋脉拘急，故疼痛较剧；得热则寒邪暂退而气血较为流畅，故其痛减；遇寒则血益凝滞，故其痛加剧；寒属阴邪，故局部不红，触之不热；苔白为寒象；脉弦紧为属痛属寒之征。

(3) 着痹

[临床表现] 肢体关系重着酸痛，或有肿胀，痛有定处，手足沉重，活动不便，肌肤麻木不仁，苔白腻、脉濡缓。

[辨证分析] 感受风寒湿邪而以湿邪偏盛，湿性重浊粘滞，故见痛有定处，麻木重着，肿胀等症；湿留肌肉，阻滞关节，故致手足沉重，活动不便；苔白腻，脉濡缓为湿邪偏盛之象。

2. 风湿热痹

[临床表现] 关节疼痛，局部灼热红肿，得冷稍舒，痛不可触。可病及一个或多个关节，多兼有发热、恶风、口渴、烦闷不安等全身症状，苔黄燥，脉滑数。

[辨证分析] 邪热壅于经络、关节，气血郁滞不通，以致局部红肿灼热，关节疼痛不能屈伸；热盛伤津，故致发热、口渴、烦闷不安；外邪伤表，故见恶风；苔黄燥、脉滑数均为热盛之象。此证常通称为热痹，与风寒湿痹相比较，热痹发病较急，全身症状明显，且邪气极易内舍，导致心痹。

3. 血瘀痰阻痹

[临床表现] 痹病日久，关节呈刺痛、掣痛，疼痛较剧，停着不移，或痛而麻木，不可屈伸，反复发作，骨节僵硬变形，关节及周围呈暗黑色，舌体淡紫，或有瘀点瘀斑，脉细涩。

[辨证分析] 痹痛日久，风寒湿邪留而不去，阻滞经络，气血不利，形成痰浊、瘀血。血瘀则刺痛不移，关节及周围呈暗黑色，舌上瘀斑、瘀点或有紫气；痰湿留着于筋脉骨节，故见关节僵硬、变形，屈伸不利；痰瘀交阻，气血不通，故痛势较剧，或兼麻木；脉细涩，是因痰瘀阻滞血脉之故。

4. 虚痹

[临床表现] 痹证日久不愈，骨节酸痛，时轻时重；或筋脉拘急牵引，而以屈伸运动时加剧；或关节变形，筋肉萎缩，腰膝酸软，形寒肢冷，尿多便溏；或心悸气短，食少乏力，面色淡白或萎黄；或头晕耳鸣，两颧红赤，烦躁盗汗，舌淡白，脉沉细，或舌红少津，脉沉细而数。

[辨证分析] 痹病日久不愈，损伤气血，致痹病未除，正气已虚。骨节酸痛，时轻时重，是邪正相争的表现，正气来复则酸痛减轻，正气虚衰无力抗邪则酸痛增剧；血虚不荣筋脉，则筋脉拘急或萎缩；脾气不荣肌肉，则肌肉萎缩，而反见关节似乎肿大；腰膝酸软，为肾虚之征；心悸气短，为心虚之征；若偏于气虚，则见食少，乏力，面色萎黄；若偏于阳虚，则见形寒肢冷，尿多便溏；若偏于阴虚，则见头晕耳鸣，两颧红赤，烦躁盗汗；舌淡白，脉沉细，见于阳气不足者；舌红少津，脉沉细而数，见于阴虚者。

5. 脏腑痹（此处只介绍心痹，其余诸脏之痹可参阅系统性红斑狼疮一章）

[临床表现] 痹病日久，胸闷甚至胸痛，心悸气短，动则尤甚，咳吐泡沫状清稀痰，偶可痰中挟有血丝，剧则喘促不得卧，甚至端坐呼吸，额上汗出，吞咽微哽。右胁痞块，下肢水肿。

[辨证分析] 痹病日久，风寒湿热之邪由经络血脉内舍于心，心脉痹阻，故见胸闷，甚至胸痛。心神受扰，故见心悸。心肺同居胸中，心主血脉而肺主治节以助之，血瘀心脉，肺气布达受阻，故气短而动则尤甚。心血之瘀阻常因心阳不足所致，心阳虚则不能助脾运湿，致湿聚成痰，上犯心肺，故咳吐清稀泡沫痰。心脉出心系上经肺，心脉瘀滞，瘀血反从经入肺而自肺系外达，故可痰中带血。心阳愈虚，心血愈滞，则肺气愈壅而为咳喘不得卧，甚则端坐呼吸。肝经的支脉出肝贯膈注于肺，心脉痹阻，肺气治节不行，阻滞肝经气血上注，瘀阻肝络，结于胁下为痞块。心肾同属少阴，心阳不足，肾阳亦虚，化气行水功能减弱，故为下肢水肿。可见心痹一证，痹阻在心，而与心阳、肺气、脾之运化、肝之疏泄均有密切关系。《素问·痹论》曰："心痹者，脉不通，烦则心下动，上气而喘，嗌干善噫。"说明古代对心痹一证早有认识。此证既可见于痹证日久，也可见于痹病病情急重，故心脉痹阻时，临床诊断以见证为准，不可拘泥于患病时间的久暂。

第四节　治疗

一、西医西药治疗

1. 一般治疗

风湿性关节炎急性期，关节红、肿、热、痛明显时，应卧床休息，避寒保暖。无明显心脏受损者，待血沉恢复正常即可下地活动。如有心脏扩大、心包炎、持续心动过速或心电图异常，则需在急性症状消失，辅助检查结果恢复正常后，继续卧床休息 3～4 周。

2. 消除链球菌感染

青霉素 80～120 万单位，每日 2 次肌肉注射；或链霉素 0.5 克，1 日 2 次，肌肉注射，用药 10～14 天。此外，尚可选用红霉素、螺旋霉素等口服治疗。用药要做到及时、足量、彻底。

3. 抗风湿治疗

常选：①阿斯匹林：为最常用的水杨酸制剂，对退热、消除关节炎症、恢复正常血沉有较好作用。常用剂量为每日 3～5 克，分 3～4 次口服，在症状控制后减半维持 6～12 周。阿斯匹林的副作用主要是胃肠道刺激症状，如恶心、呕吐、食欲减退，甚至引起溃疡出血，服用氢氧化铝可缓解；大剂量使用时尚可出现耳聋、头晕、呕吐、呼吸过度（酸中毒）、出血（凝血酶原时间延长）；肠溶阿斯匹林因主要在肠道吸收，故胃肠道刺激症状减少，但在肠道吸收不规则，影响治疗，故不足取。②消炎痛：有消炎、镇痛作用，每次 25mg，日 2～3 次，宜与食物混服或饭后服用，以减少对消化道的刺激症状，溃疡病患者禁用或慎用，症状缓解后及时停用。③炎痛喜康：具有消炎、镇痛作用。因其用量小，服药次数少，副作用比阿斯匹林及消炎痛均轻。每日 1 次，每次 20mg，疗效可持续 24 小时。

4. 糖皮质激素

包括氢化可的松、强的松、强的松龙、地塞米松等，具有较显著的抗炎及免疫抑制作用。一般用强的松 30～40mg/日，分 3～4 次口服，以后逐渐减量，以 5～10 毫克/日维持，总疗程约 2～3 个月。严重者可用氢化可的松静滴。少数患者在停药后可出现低热、关节痛、血沉快等反跳现象，如在停药前给予阿斯匹林或静脉注射促肾上腺皮质激素 12.5～25mg，每日 1

次，连续 3 天，可减少反跳现象。激素治疗的副反应有肥胖、多毛、紫纹、高血压、糖尿病、潴钠、低钾、脱钙及继发感染等。

5. **其他**

心脏炎、慢性充血性心力衰竭、心房颤动等可视具体情况灵活处理。

二、中医中药治疗

（一）辨证论治

1. 风寒湿痹

（1）行痹

[治法] 祛风通络，散寒除湿。

[方药] 防风汤。

防风 12 克，麻黄 10 克，当归 15 克，秦艽 12 克，肉桂 6 克，葛根 10 克，茯苓 12 克，生姜 6 克，大枣 10 克，甘草 6 克。

[加减] 酸痛以上肢关节为主者，可选加羌活、白芷、威灵仙、姜黄、川芎祛风通络止痛；酸痛以膝、踝等下肢关节为主者，选加独活、牛膝、防己、萆薢祛湿止痛；酸痛以腰背关节为主者，酌加杜仲、桑寄生、淫羊藿、巴戟天、续断等补肾药；若见关节肿大，苔薄黄，邪有化热之象者，宜寒热并用，投桂枝芍药知母汤（桂枝、芍药、知母、白术、附子、防风、麻黄、炙甘草、生姜）加减。

[分析] 行痹以风邪为盛，挟寒湿为病。方中以防风、麻黄祛风散寒；“治风先治血，血行风自灭”，故以当归、秦艽、肉桂、葛根活血通络，解肌止痛；茯苓健脾渗湿；姜、枣、甘草和中调营。

（2）痛痹

[治法] 温经散寒，祛风除湿。

[方药] 乌附麻辛桂姜汤。

川乌 15 克，附子 15 克，麻黄 10 克，细辛 6 克，桂枝 10 克，干姜 15 克，甘草 10 克，蜂蜜 30 克。

[加减] 可加白芍 15 克，即合入芍药甘草汤以缓急止痛。其余加减用药，可仿行痹有关加减法。

[分析] 本方为成都中医学院戴云波经验方。方中制川乌、附子、干姜温经散寒止痛；麻黄、细辛、桂枝散寒疏风除湿；甘草调和诸药；蜂蜜与川乌同煮，可缓川乌之毒性。方中川乌、附子，宜用开水先煮 3 小时以上。

（3）着痹

[治法] 除湿通络，祛风散寒。

[方药] 薏苡仁汤。

苡仁 30 克，苍术 12 克，羌活 10 克，独活 10 克，防风 15 克，川乌 6 克（先煎），麻黄 6 克，桂枝 10 克，当归 12 克，川芎 6 克，生姜 10 克，甘草 6 克。

[加减] 关节肿胀者，可加萆薢、木通、姜黄利水通络；肌肤不仁加海桐皮、豨莶草祛风

通络。

[分析] 着痹为湿盛，挟风寒为患。方中以苡仁、苍术除湿健脾；羌活、独活、防风祛风胜湿；川乌、麻黄、桂枝温经散寒除湿；当归、川芎养血活血；生姜、甘草健脾和中。

2. **风湿热痹**

[治法] 清热通络，祛风除湿。

[方药] 清络宣痹汤。

桂枝 3～6 克，生地 30 克，赤芍、白芍各 15 克，苍术、白术各 25 克，丹皮 12 克，橘络 12 克，秦艽 12 克，杜仲 12 克。

[加减] 可加忍冬藤、黄柏、连翘清热解毒；海桐皮、姜黄、威灵仙、防己、桑枝活血通络，祛风除湿。

[分析] 本方为作者治疗风湿热痹的经验方。方中桂枝与生地的比例为 1∶10，目的在于清热通络；苍术、白术除湿；赤芍、白芍、丹皮，凉血活血通络；橘络、秦艽、杜仲通络疏筋。服药后大便溏、腹痛，可酌减生地用量或加人车前子 15 克。

3. **血瘀痰阻痹**

[治法] 活血祛瘀，化痰散结。

[方药] 加味桃红饮。

桃仁 10 克，红花 10 克，当归 15 克，川芎 10 克，威灵仙 15～30 克，穿山甲 5 克，地龙 15 克，地鳖虫 15 克，白芥子 15 克，胆南星 10 克，全蝎 5 克，乌梢蛇 30 克，鹿角霜 10 克。

[分析] 方中桃仁、红花、当归、川芎、威灵仙、穿山甲、地龙、地鳖虫、鹿角霜养血活血，化瘀通络；白芥子、胆南星化痰散结；全蝎、乌梢蛇搜风通络。

4. **虚痹**

[治法] 阴血亏虚者，养血滋阴；阳气虚弱者，温阳益气。

[方药] 五味子汤加味。

五味子 3～10 克，附子 5～15 克，巴戟天 6～10 克，鹿茸 6～10 克，山茱萸 6～12 克，熟地 10～15 克，炒杜仲 6～10 克，黄芪 10～30 克，狗脊 6～10 克，牛膝 10～15 克，地龙 6～15 克，仙灵脾 6～15 克，姜黄 10 克，乌蛇 10 克，蜂房 10 克，蜈蚣 1～2 条，生姜 6 克。

[加减] 临证时宜根据阴阳气血虚衰之不同，灵活加减化裁。

[分析] 方中黄芪益气，熟地养血，附子、巴戟天、鹿茸、山茱萸、熟地、炒杜仲、仙灵脾补肾壮阳，兼祛寒湿，五味子敛耗散之精气，地龙、乌蛇、蜂房、蜈蚣搜风通络止痛，牛膝、姜黄通行气血，全方以补为主，兼可疏通气血止痛。但方偏温，若阴虚内热、关节有发热现象者，又宜去附子、鹿茸之温燥，加龟板、黄柏以滋阴降火。

5. **脏腑痹（此只介绍心痹）**

[治法] 温阳活血，健脾化饮。

[方药] 九味合璧煎。

桂枝 10 克，白术 10 克，茯苓 15 克，当归 15 克，川芎 6 克，赤芍 10 克，党参 10 克，远志 6 克，甘草 5 克。

[加减] 心悸、脉数，加生地黄 15 克；自汗加黄芪；盗汗加浮小麦；失眠，加龙骨、牡蛎；胸痛、胸闷加丹参、生蒲黄；下肢浮肿，加泽泻、椒目；气短，去党参，加红参 5 克，蒸水冲服。

[分析] 九味合璧煎为湖南中医学院夏度衡教授治疗风湿性心脏病的经验方。该方由温阳化饮的苓桂术甘汤合养血活血的四物汤（日本汉方医学称之为联珠饮）再加党参益气、远志化痰宁心而成。心悸、脉数时乃加入生地，称为十味合璧煎。针对心脉瘀阻，阳虚水饮不化所致的心痹，十分有效。即使咳吐稀薄痰涎，甚至痰中已经带血，仍用此方。心阳通，水饮去，瘀血散，自然咳喘平、水肿消、心悸宁。

（二）验方治疗

1. 温经通络汤[1]

[组成] 桂枝 20 克，鸡血藤 20 克、制川乌 15 克，制附子 15 克，白芍 12 克，当归 12 克，黄芪 12 克，防风 9 克，甘草 6 克。

[加减] 风偏重加秦艽，湿偏重加苡仁，下肢痛加木瓜，上肢痛加姜黄，腰痛加川断，久病体弱加补气血药及滋肝肾、强筋骨之品。还可适当选加藤类药，如游走性疼痛用海风藤，四肢肌萎；石楠藤，筋骨拘急；宽筋藤；并酌加蜂房、白花蛇等以搜风通络。

[用法] 水煎服，日 1 剂。

[功效] 祛风散寒，除湿通痹。

[疗效观察] 治疗风湿性关节炎 104 例，治愈 26 例，显效 31 例，好转 42 例，无效 5 例。

2. 痹痛灵[2]

[组成] 薏米 30 克，牛膝、苍术、木瓜、香附、防己、当归、乳香、没药、桃仁、红花、地龙、桂枝、苏梗、乌药、秦艽各 10 克，川芎 18 克，甘草 3 克。

[用法] 水煎黄酒送服，日 1 剂。

[功用] 理气活血，除湿通络。

[疗效观察] 治疗风湿性关节炎 306 例，痊愈 249 例，好转 44 例，无效 43 例，总有效率达 95.8%。

3. 益肾蠲痹丸[3][4]

[组成] 生地、熟地、当归、仙灵脾、鹿衔草、苁蓉、鸡血藤、徐长卿、老鹳草、寻骨风、炙全蝎、炙土鳖虫、炙蜣螂、炙蜂房、炙僵蚕、地龙、虎杖、甘草。

[用法] 为小丸，每次 3 克，口服，每日 2 次，饭后服，20 天为 1 疗程。

[功效] 温肾活血，通络止痛。治慢性风湿性关节炎及增生性脊柱炎。

[疗效观察] 对风湿性关节炎有效率达 97%以上。

4. 双藤饮[5]

[组成] 青风藤、海风藤、千年健、钻地风、穿山甲、防风、甘草、穿山龙、寻骨风各 9 克。

[加减] 风邪偏盛加炙川乌、麻黄、芍药、黄芪；肢体厥冷甚加附子、桂枝；湿邪偏盛加麻黄、杏仁、苡米、白术、茯苓；热邪偏盛者加石膏、知母、桑枝。

[用法] 水煎服，日 1 剂。

[功用] 祛风除湿，清热散寒。

[疗效观察] 共治风湿性关节炎 80 例，痊愈 62 例，治愈率为 77.6%。

5. 灵艽四妙四神煎[6]

[组成] 威灵仙、牛膝、银花各 15 克，苍术、黄柏各 12 克，秦艽、远志各 9 克，黄芪、

苡仁各 30 克，石斛 24 克。

[加减] 风偏盛加荆芥、防风各 9 克；寒偏盛加草乌、桂枝各 9 克，细辛 6 克，减黄柏、银花；寒极加天雄 12 克、硫黄 9 克；热偏盛者重用黄柏，加石膏 30 克、知母 9 克；上肢痛去牛膝，加桑枝、姜黄、羌活；下肢痛重用牛膝 30 克，加木瓜、防己；腰痛甚加独活、狗脊；对顽痹日久酌加全蝎、地龙、蜂房、甲珠、僵蚕、乌蛇。

[用法] 水煎服，日 1 剂。

[功用] 除湿通络。随证加减，通治风、寒、湿、热等证型之风湿性关节炎。

[疗效观察] 临床应用多年，对风湿性关节炎效果良好。

6. **乌头汤加味方**[7]

[组成] 川乌、草乌、麻黄、甘草各 10 克，白芍、当归、牛膝、木瓜、五加皮、黄芪各 15 克，细辛 3 克。

[加减] 暑期发病者麻黄、制川草乌均减为 6 克；舌红有热者加生地 15 克、黄柏 10 克；便秘苔黄腻加大黄 6 克、枳壳 10 克、云苓 12 克；麻木加鸡血藤 30 克；肾虚加杜仲、桑寄生各 15 克。

[用法] 水煎分 2 次温服，每日 1 剂。

[功用] 除湿散寒，活血通络。

[疗效观察] 用本方治疗风湿性关节炎 32 例，临床治愈 30 例，无效 2 例。

7. **祛风活络汤**[8]

[组成] 附片 6 克，制川、草乌各 10 克（上 3 药另包煎 1～2 小时），制乳香、制没药、乌梢蛇、寻骨风、桃仁、威灵仙各 10 克，当归 13 克，黄芪 15 克。

[用法] 水煎分 2 次温服，每日 1 剂。

[功用] 祛风散寒，除湿通络。

[疗效观察] 用本方治疗风湿性关节炎 156 例，结果治愈 103 例，显效 45 例，无效 8 例，总有效率为 94.8%。

8. **痹痛四二汤**[9]

[组成] 丹参、木防己、薏苡仁、车前子各 24 克，赤芍、防风、独活各 12 克，苍术、羌活各 9 克，白术 15 克。

[加减] 风寒型去丹参、赤芍，重用防风、羌活，加桂枝 9 克，寻骨风、追骨风各 15 克；寒湿型去独活、赤芍，重用苡仁、苍术，加桑枝 24 克，五加皮、海桐皮各 15 克；湿热型去羌活、独活，重用丹参、木防己，加黄柏、蚕砂、制乳没各 9 克，地龙 12 克。

[用法] 水煎服，每日 1 剂，30 剂为 1 疗程。

[功用] 祛风除湿，散寒通络。

[疗效观察] 用本方治疗风湿性关节炎 72 例，显效 29 例，好转 31 例，无效 12 例，总有效率为 83.3%。以湿热型疗效最佳。

9. **当归补血汤加味方**[10]

[组成] 黄芪 35 克，当归 25 克，桂枝 15 克，海风藤、秦艽各 10 克，制川乌 6 克。

[加减] 痛痹加细辛 3 克；着痹加防己 8 克、薏苡仁 30 克；行痹加防风 9 克、羌活 8 克；热痹去制川乌、海风藤，加知母 10 克、石膏 30 克、忍冬花 20 克。

[用法] 水煎服，每日 1 剂。服用 20 天后再用本方倍量泡酒服，以巩固疗效。

[功用] 益气养血，散寒除湿，祛风通络。

[疗效观察] 用本方治疗风湿性关节炎51例，治愈36例，好转10例，无效5例。尤对痛痹和着痹疗效较好。

10. **当归拈痛汤加减方**[11]

[组成] 当归、羌活、黄芩、知母各12克，泽泻、苦参各20克，猪苓、葛根、防己、蚕砂各15克，防风、苍白术各10克。

[加减] 热盛者去防风、白术，加石膏、生地、银花藤、桂枝；湿盛者加萆薢、苡仁、五加皮；四肢痛加威灵仙、桑枝；下肢痛加牛膝、黄柏、黄芩；皮肤红斑结节加丹皮、赤芍；发热加柴胡；肿痛日久加蜈蚣、地龙；身体浮肿加麻黄、石膏。

[用法] 水煎服，每日1剂。

[功用] 清热除湿通络。

[疗效观察] 用本方治疗风湿性关节炎属湿热痹型24例，治愈11例，显效6例，有效5例，无效2例，总有效率为91.6%。

11. **乌附汤**[12]

[组成] 制附片15～30克，制川乌15～20克，制草乌10克，黄芪15克，炙甘草9克，蜂蜜100克。

[加减] 偏寒加细辛；偏湿加苍术、苡仁；上肢加桂枝、桑枝；下肢加牛膝；痛甚加乳没；瘀血阻滞严重者加丹参、地龙或炒甲珠。

[用法] 水煎服，每日1剂。其中附片、川乌、草乌须另包先煎30分钟。

[功用] 温经散寒，除湿通络。

[疗效观察] 用本方治疗风湿性关节炎32例，痊愈12例，显效14例，好转4例，无效2例，总有效率为94%。

12. **风湿性关节炎方**[13]

[组成] Ⅰ方：防风、桂枝、白芍、当归、羌活、独活、白术各10克，薏苡仁15～30克，黄芪15克，细辛3克。适用于风寒湿痹者。Ⅱ方：知母15克，石膏30克，桂枝10克，甘草6克，苍术15克，黄柏10～12克，忍冬藤30克，红藤15克。适用于风湿热痹者。

[用法] 辨证分别选用上述两方。水煎服，每日1剂。二型患者均另服鸡豨丸（鸡骨草、豨莶草各等份）9克，1日2次。

[功用] Ⅰ方：祛风散寒，除湿通络。Ⅱ方：清热除湿通络。

[疗效观察] 治疗风湿性关节炎42例，临床治愈18例，好转23例，无效1例，平均住院40天。

13. **除痹汤**[14]

[组成] 桂枝9克，羌活9克，川芎10克，虎杖12克，寻骨风12克，木瓜12克，白花蛇12克，淫羊藿12克，防风12克。

[用法] 水煎服，日1剂。60剂为1疗程。

[功用] 散寒祛风，除痹通络。主治风湿性关节炎。

[疗效观察] 用本方治疗416例，显效284例，有效87例，无效45例。

14. **天麻汤**[14]

[组成] 天麻、独活、生地、杜仲、附子、当归、萆薢、羌活、牛膝、元参。

[用法] 制成浸膏片，每次服 4～10 片（相当于生药 6～15 克），每日 2～4 次。

[功用] 散风活血，舒筋止痛。主治风湿性关节炎。

[疗效观察] 用本方治疗 116 例，有效 98 例，有效率为 84.5%。

15. **桂芍祛风汤**[14]

[组成] 桂枝 15～20 克，白芍 15 克，赤芍 25 克，防风 15 克，牛膝 30 克，鸡血藤 30 克，秦艽 20 克，当归 20 克。

[加减] 热甚加生石膏、知母、黄柏；寒甚加羌活、独活、乌头、附片；湿甚加薏苡仁、防己、苍术；兼血瘀加当归、红花、川芎、丹参；病久加用全蝎、乌梢蛇、地鳖虫等；气虚加用黄芪、炙甘草。

[用法] 水煎服，日 1 剂。

[功用] 祛风通络，活血止痛。主治活动期风湿性关节炎。

[疗效观察] 用本方治疗 30 例，治愈 22 例，治愈率为 73.3%；好转 8 例，占 26.7%。

16. **羌桂防己地黄汤**[14]

[组成] 木防己 15 克，生地 15 克，桂枝 9 克，防风 9 克，甘草 9 克，羌活 30 克，蒲公英 30 克。

[用法] 水煎服，日 1 剂。连服 2～4 周。

[功用] 祛风清热，化湿通络。主治活动期风湿性关节炎。

[疗效观察] 用本方治疗 34 例，显效 13 例，占 38.2%；有效 19 例，占 55.9%；无效 2 例，占 5.9%，总有效率为 94.1%。

17. **椒桐仙藤汤**[14]

[组成] 野花椒根 60 克，泡桐 30 克，樟树根 24 克，八角枫 15 克，威灵仙 24 克，鸡血藤 30 克，宽筋藤 30 克。

[用法] 前 3 味用米酒炒制，与诸药加水，慢火煎至 200 毫升，分 2 次口服，或加少量米酒冲服，每日 1 剂。

[功用] 温中散寒，祛风活血，舒筋通络。主治慢性风湿性关节炎。

[疗效观察] 用本方治疗 96 例，近期治愈占 28.1%，显效占 36.5%，好转占 29.2%，无效占 6.2%。13～20 个月随访 67 例，痊愈率为 31.3%，总有效率为 76.7%。

18. **菖姜方**[14]

[组成] 水菖蒲 120 克，干姜粉 12 克，樟脑 90 克，松香 300 克。

[用法] 先将松香熔化，加入樟脑，后入水菖蒲根及干姜粉，搅拌均匀制成膏药，用时将膏药烤软揭开，贴于患处。每天在膏药处热敷 1 次。

[功用] 祛风散寒，利湿通络。主治风湿性关节炎。

[疗效观察] 用本方治疗 107 例，有效 104 例，占 97.2%。

19. **三妙散加味方**[15]

[组成] 当归、炒苍术、川牛膝各 10 克，黄柏 6 克，生苡米 15 克，秦艽 10 克，忍冬藤 15 克，木瓜 10 克，桑枝片 10 克，生甘草 5 克。

[加减] 若关节积液较多者，加茯苓、猪苓。10 剂为 1 疗程。

[用法] 上药共煎 2 次，每次服 300 毫升，日 1 剂，服 2 次。

[功用] 清热除湿，祛风通络，活血止痛。

[疗效观察] 用本方治疗急性风湿性关节炎 50 例，服药 30 剂，治愈（临床症状消失）25 例，好转（临床症状改善，关节肿退，能行走）20 例，无效 5 例，总有效率达 90%。

20. **云风酒**[15]

[组成] 云实茎 30 克，八角枫根（鲜者量加倍）15 克。

[用法] 上药切碎，加入白酒或黄酒 1000 克，浸泡 3～7 天，取汁饮，早晚各 1 次，每次 1 酒杯。

[功用] 祛风除湿，活络止痛。主治风湿性关节炎之关节疼痛。

[疗效观察] 用本方治疗风湿性关节炎 24 例，追访 20 例，均获不同程度的缓解。所治病例均未见不良反应。

21. **复方豨桐丸**[15]

[组成] 豨莶草、臭梧桐、虎杖各 120 克，生麻黄、老鹳草各 90 克，细辛 30 克。

[用法] 上药共研为细末，炼蜜为丸，每丸重 9 克，每日早、晚各服 1 丸。

[功用] 祛风胜湿，通络止痛，强壮筋骨。

[疗效观察] 用本方治疗风湿性关节炎 50 余例，服药 1～2 料后，症状均消失，血沉下降至正常。本方止痛之力甚佳，用于“痛痹”、“行痹”、“着痹”等证型之风湿性关节炎均有明显疗效。

22. **乌归关节丸**[16]

[组成] 黄芪、当归、白术各 90 克，制川乌、制草乌、甘草各 40 克，羌活、独活、威灵仙各 60 克。

[用法] 上药研细末，制成蜜丸，每丸 6 克，每次 1 丸，日 3 次口服。10 日为 1 疗程。

[功用] 温经散寒，祛风除湿，活血通络，益气健脾。

[疗效观察] 用乌归关节丸治疗风湿性关节炎 993 例，结果痊愈 706 例，显效 174 例，进步 88 例，无效 25 例。总有效率为 97.48%。

23. **蜈蚣桂附汤**[17]

[组成] 熟附子、细辛、全蝎、片姜黄各 6 克，桂枝、木防己各 9 克，大蜈蚣 1 条，鹿角霜、淫羊藿各 12 克，晚蚕砂 15 克。

[加减] 疼痛以上肢关节为主加羌活、防风，下肢关节为主加独活、牛膝，腰背为主加杜仲、桑寄生。

[用法] 水煎服，日 1 剂。30 日为 1 疗程。

[功用] 温肾助阳，散寒除湿，通络止痛。

[疗效观察] 用本方治疗风湿性关节炎 116 例，结果显效 46 例，好转 48 例，无效 22 例。总有效率为 81.3%。

24. **白薏仙灵汤**[18]

[组成] 淫羊藿 30 克，白术、薏苡仁各 30～60 克，威灵仙、鸡血藤各 20 克。

[加减] 上肢关节痛加桑枝；下肢关节痛加牛膝；风寒重加川乌（先煎）、麻黄；风热重加生石膏、知母、黄柏；四肢关节肿痛重、屈伸不利加蜈蚣、炮山甲、全蝎（前 3 药研粉冲服）、乌蛇、蜂房、秦艽、当归。

[用法] 水煎服，日 1 剂。10 日为 1 疗程，治疗 1～2 个疗程。

[功用] 温阳健脾，祛风除湿，通络止痛。

[疗效观察] 用本方治疗风湿性关节炎 48 例，结果近期治愈 36 例，显效 8 例，好转 3 例，无效 1 例。总有效率为 97.9%。

25. **扶阳蠲湿汤**[15]

[组成] 制附子 10～30 克，桑寄生、益母草、薏苡仁、鸡血藤各 30 克，桂枝、当归、黄芪、生姜各 12 克，人参、白术、茯苓、防己、五加皮各 10 克。

[用法] 水煎分服，日 1 剂。30 剂为 1 疗程。

[功用] 益气扶阳，养血活血，祛风胜湿。

[疗效观察] 用本方治疗风湿性心脏病（心痹）64 例，显效 49 例，有效 10 例，无效 5 例。若病情严重，短时间加用西药洋地黄类，效果更为理想。

26. **救逆汤**[15]

[组成] 仙灵脾 45 克，制附片 18 克，桂枝 30 克，王不留 30 克，当归 30 克，桃仁 30 克，丹参 30 克，郁金 30 克，红花 24 克，五灵脂 24 克，生蒲黄 24 克，三棱 24 克，莪术 24 克，香附 15 克，菖蒲 15 克，远志 10，葶苈子 10 克。

[用法] 水煎取汁 500 毫升，早、晚 2 次分服，每日 1 剂。

[功用] 益气活血，温阳强心，利水消肿，行气化滞。

[疗效观察] 用本方治疗风湿性心脏病心力衰竭（心痹）12 例，显效（水肿、呼吸困难、罗音、颈静脉怒张、心悸气短等心衰症状消失，窦性心率下降至 70～80 次/分，房颤心率＜90 次/分，肝大及其他症状恢复至心衰前水平，心功能进步 2 级者）5 例；好转（心衰症状部分消失或大部减轻，心率下降但不稳定，心功能进步 1 级或不足 1 级者）6 例；无效（心衰症状无改善或死亡者）1 例。总有效率为 91.66%。其中 I 度心衰者疗效佳，服药不超过 5 剂，有效率 100%。本方能改善血液循环，降低主动脉抗力，减轻肺瘀血和增加心排血量，从而促进减轻心脏负荷作用，使心衰得到纠正。

27. **温阳通脉治痹汤**[15]

[组成] 党参 15 克，黄芪 30 克，桂枝 15 克，丹参 30 克，桃仁 10 克，炙甘草 10 克，苏木 10 克，制附片 10 克，白术 12 克，茯苓 24 克，秦艽 15 克，玉竹 15 克。

[加减] 心悸甚者加龙骨、牡蛎、柏子仁、酸枣仁；咳逆喘促，属肺失肃降者加杏仁、桑白皮；属肾不纳气者加补骨脂、蛤蚧粉；咯血多者加三七粉，可酌减附子、桂枝用量；阴虚证象突出减附桂，加麦冬、生地、五味子；水肿加葶苈子、泽兰、益母草；肢体痹痛重加防风、威灵仙、桑寄生；脘痞胀满加香附、枳壳、砂仁。

[用法] 水煎 2 次，取汁 500 毫升，分 2 次口服，日 1 剂。

[功用] 益气温阳，活血通脉，祛风通络，健脾补中。

[疗效观察] 用本方治疗风湿性心脏病（心痹）40 例，对缓解症状，稳定病情，纠正心衰疗效显著。

28. **银翘白虎汤**[15]

[组成] 金银花 30 克，连翘 30 克，生石膏 40 克，知母 12 克，粳米 15 克，生甘草 10 克。

[加减] 湿邪偏盛者加苍术 15 克、苡仁 30 克、防己 15 克、黄芩 15 克、黄连 10 克；心悸胸闷者加酸枣仁 15 克、瓜蒌皮 20 克、丹参 30 克；脾虚者加党参 30 克、白术 15 克、茯苓 15 克。后期用归脾汤调理善后。

[用法] 水煎 2 次，每次煎 20～30 分钟取汁，共 300～400 毫升，分 3 次服，每日 1 剂。

[功用] 清热解毒，扶助胃气。

[疗效观察] 用本方治疗风湿性心肌炎（心痹）100 例，治愈（用药 10 剂，临床症状消失，心脏杂音消失）56 例，好转（用药 11～20 剂，临床症状基本消失，心脏杂音明显好转）35 例，无效（用药 21～30 例，临床症状无改善，心脏杂音无好转）9 例，总有效率为 91%。

（三）其他疗法

1. 针灸

（1）体针：①辨证取穴：风寒湿痹，取大椎、膈俞、脾俞、肾俞、曲池、内关、合谷、阴陵泉、足三里、三阴交；风湿热痹，取大椎、身柱、曲池、合谷、太冲、阴陵泉、足三里，三阴交；痰瘀痹阻，取膈俞、脾俞、血海、曲池、足三里、三阴交。②局部治疗取穴：肩关节：肩髃、肩髎、肩贞、肩内陵、阿是穴。肘关节：曲池、曲泽、尺泽、少海、手三里、阿是穴。腕关节：阳池、阳溪、大陵、合谷、外关。掌指关节：八邪、合谷、三间。指关节：四缝。髋关节：环跳、秩边、居髎、髀关、阿是穴。膝关节：梁丘、血海、委中、阳陵泉、阴陵泉、膝阳关、曲泉、足三里、犊鼻、阿是穴。踝关节：昆仑、太溪、解溪、丘墟、然谷、阿是穴。跖趾关节：八风、内庭、太冲。脊柱关节：大椎、身柱、腰阳关、阿是穴、夹脊穴。

（2）耳针：取穴：交感、神门、相应关节的压痛点。方法：①针刺法：首先找出敏感点或压痛点，以毫针进行针刺治疗。一般用同侧取穴或双侧取穴，以 1～3 个穴位为宜。消毒后，左手固定耳廓，右手持针刺入，深度以不透过对侧皮肤为宜，一般留针 20～30 分钟，慢性痹病可留针 1～2 小时或更长时间。留针期间可间断捻针以加强刺激。1 日或隔日 1 次，10 次为 1 个疗程，休息 1 周，再进行第 2 个疗程。②埋针法：用皮内针刺入穴位，留于皮内，以胶布固定。皮内针可留针 1～3 天。注意防止炎症。埋针法对某些顽固性疾患效果较好。③压豆法：用王不留行压耳穴，以胶布固定在耳穴上，并予按揉以加强刺激。可留豆 1～5 天，留豆期间每天可用手按揉数次，以提高疗效。

（3）火针：适应症：痛痹、著痹。取穴：局部穴、阿是穴。方法：针刺部位常规消毒后，将火针（特制的粗针，一般直径 0.5～1.0mm）在酒精灯上烧红，对准所刺部位迅速准确地刺入，稍停片刻出针，起针后快速用消毒棉球按压针孔。治疗风寒湿痹证宜单针浅刺。

贺普仁强调火针疗法的操作要点必须掌握“红、准、快”3 个字，认为红、准、快是决定火针疗法的关键。红，即必须把针体烧至通红，趁着针体通红迅速将针刺入穴位；准，即针刺时必须把火针准确地刺入选定的部位或穴位；快，即针刺时迅速地将烧红的火针刺入选定的部位，越快越好。最好在十分之一秒内完成。

（4）放血疗法：适应症：行痹、热痹。取穴：局部穴、阿是穴或血络。

2. 药罐疗法

制马钱子 10 克，川乌 10 克，草乌 10 克，肉桂 10 克，细辛 10 克，全虫 10 克，苍术 10 克，祖师麻 10 克，高粱白酒 500ml。用法：将上药共研细末，密封浸泡于白酒中 3 天后备用。用时将药液均匀地涂于火罐内壁，然后投火；或将药液直接涂搽于患部，待罐内温度升高并形成负压后，局部毛细血管扩张，血液循环加快，药物可被直接吸收作用于患部，因而收效甚捷，效果远优于单纯拔罐疗法。功用：温经散寒，除湿止痛。适用于风湿性关节炎。还适用于类风湿性关节炎、颈椎病、肥大性脊柱炎、肩周炎、腰肌劳损、坐骨神经痛、损伤性关节炎等疾病引起的关节及躯体疼痛，辨证属风、寒、湿、瘀者。

3. 外治

（1）烫洗方：白附子 30 克，南星 30 克，防风 30 克，二乌各 10 克，甘松 10 克，白芷 15 克，赤芍 10 克，细辛 15 克，红花 10 克，陈艾 20 克，桂枝 20 克，牛膝 20 克，石菖蒲 20 克，苏木 20 克，马钱子 10 克，麻黄 10 克。用法：以上为一次量，如欲多备，可按此比例增加，共研细末备用。直接加入锅内煎桐油，待油至沸腾后烫洗用。有伤口者禁用。具体操作方法：用烫洗剂 50～120 克（视局部而定）放于小铁锅内，再加入白酒和桐油，其比例为 10∶3。然后置于火上，沸腾后，用于烫洗患部。熬干时，只加白酒不加桐油，如此加 3 次烫洗患部。酒油熬干后，退火。用草纸擦净皮肤，立即进行该部位的功能锻炼。

此法应用时必须注意：①术者将锅内沸腾的药液用手浇在患处进行反复烫洗，每次时间 30～90 分钟。操作要先轻后重，行揉搓、推拿、提按、拍打等，使局部关节周围皮肤红润，肌肉筋脉软化松弛为宜。否则不能达到效果。手法操作要做到重而不滞，轻而不浮，运动灵巧自然。切忌粗暴，以免肌肤破损。②当火置于锅底时，锅内药酒沸腾后，气势看来很烫，其实因油的作用是不会烫手的。不要畏惧。③用手抓锅内药液时，手指不要触及锅底。若触及锅底则有烧手之虑。功用：活血通脉，舒筋活络，祛风除湿，软坚散结。适用于风寒湿痹。

（2）川乌、草乌各 20 克，白芷 50 克，二活各 50 克，细辛 10 克，川芎 30 克，桂枝 30 克，威灵仙 60 克，伸筋草 60 克，透骨草 60 克。水煎熏洗，每日 2～3 次，每次 15 分钟，5～10 天为 1 疗程。

（3）透骨草 30 克，伸筋草 30 克，荆芥 15 克，防风 15 克，千年健 15 克，升麻 15 克，桂枝 15 克，钩藤 30 克，苏木 30 克，川椒 15 克，威灵仙 15 克。煎汤外洗上肢，每日 3～4 次，1 剂洗 3 日。

（4）伸筋草 30 克，透骨草 30 克，五加皮 15 克，海桐皮 15 克，三棱 15 克，莪术 15 克，秦艽 15 克，苏木 30 克，红花 15 克，木瓜 15 克，牛膝 15 克。煎汤外洗下肢，每日 3～4 次，1 剂洗 3 日。

（5）川乌、草乌、生南星、生半夏、松节各 30 克。研末，酒浸，搽患处（不可内服）。

（6）骨友灵搽剂：由红花、鸡血藤、玄胡、威灵仙、防风、蛇蜕、首乌、冰片、白酒、陈醋等制成。适用于瘀血痹阻证。

（7）追风膏：含穿山甲、当归、桃仁、红花、苏木、血竭、乳香、没药、赤芍、麻黄、细辛、羌活、独活、威灵仙、蜈蚣、蛇蜕、五加皮、白芷、三乌、麝香、冰片等药。适用于瘀血痹阻证。

（8）白芥子泥护膝：白芥子、商陆等量（每膝约各 60 克），捣泥粉状，用蜜调，1～2 日换 1 次。治疗鹤膝风有积水者。如局部皮肤发痒发红出皮疹者则取去不用，几天后皮肤过敏能自愈。

（9）风湿止痛擦剂：生半夏、生南星、生草乌、生川乌各 30 克，没药 10 克，松香 10 克，冰片 3 克，用酒精 500ml 浸泡 1 周后即可使用。用时将药液搽于疼痛部位，每日 2 次，达到止痛效果。

4. 食疗

（1）苡米粥：苡米 30 克，淀粉少许，砂糖、桂花适量。先煮苡米，米烂放入淀粉糊少许，再加砂糖、桂花。作早餐用，能清热利湿，健脾除痹。

（2）川乌粥：生川乌头 3～5 克，粳米 30 克，姜汁 10 滴，蜂蜜适量。煮粥方法：将川乌捣碎研为极细末备用，粳米煮粥，沸后加入川乌末改用文火慢煎，熟后加入生姜汁及蜂蜜搅匀，稍煮一二沸即可。宜温服。本方适用于寒湿痹。热性疼痛，发热期间及孕妇忌服，不可与半夏、瓜蒌、贝母、白芨、白蔹等中药同服。

（3）蛇肉汤：治痹病阴阳两虚兼风湿阻络者，服之可收阴阳两补、祛风散寒之功。蛇肉、胡椒、生姜、食盐适量，炖汤，肉汤尽服。早晚各 1 次。

（4）中风痹疾方：治中风痹疾，手足风痹不遂，筋脉五缓。熊肉 1 斤切，入豉汁中，和葱姜椒盐作腌腊，空腹食之。

（5）治风痹：蛇肉 250 克，胡椒根或胡椒 40～60 克，放砂锅内加适量水，炖汤调味服食。每日 1 次，连服数天。

（6）治风湿痹：白桑椹 500 克，白酒 1000ml。将桑椹放入酒中浸 1 周，滤渣饮酒。每日早晚各 15 毫升。

（7）治风痹：以熊脂、酒炼服之，病愈。

（8）治脚气风痹：生栗子，每日取 20～30 颗食之，次食猪肾粥佐。

（9）追风酒：两面针 30 克，王不留行 30 克，制马钱子 5 克，丁公藤 30 克，海风藤 30 克，络石藤 30 克，豹骨 30 克，白花蛇 30 克，白茄根 30 克，穿山龙 30 克，榕树须 30 克，木瓜 30 克，桑树根 30 克，祖师麻 30 克，高粱酒 3000 克。密封浸泡 7 天后备用。有追风驱湿、散寒通络之功。1 日 3 次，每次服 20 克，饭后服。

（10）牛膝煮鹿蹄方：治脚气及风寒湿痹，四肢拘急，鹿蹄一具治如食法，牛膝 4 两去苗。以豉汁同煮令烂熟，入葱椒调和，空心食之。

（11）蹄筋汤：治风湿疼痛、关节屈伸不利等症。蹄筋（鹿筋、牛筋、猪筋任选）80 克，鸡血藤 50 克，枣 6 枚，盐少许。将蹄筋用清水浸泡一夜，翌日用开水浸泡 4 小时，再用清水洗净，便可与上述药物放入沙锅内，加开水两碗半煎煮，沸后中火煮至仅剩半碗水，加盐调味。孕妇禁用。

（12）复方闹羊花侧根药蛋：甲方：鲜闹羊花侧根 500 克，牛膝 50 克，甘草 60 克，鸡蛋 10 个，初次服药及年老体弱者慎用。乙方：鲜闹羊花侧根 625 克，牛膝 90 克，甘草 90 克，竹鞭笋（竹鞭笋为旱竹根部，横卧土中之茎的嫩尖部，即鞭笋），鸡蛋 10 个，适于服上方无反应者。将鸡蛋煮熟后，去蛋壳，放入药物，文火熬 6 天 6 夜，待蛋白变黑，蛋黄微黑即可，蛋即是药。每天蒸 1 个蛋，早饭后吃，应注意蛋的温度，以不烫手为宜。10 天为 1 个疗程，每疗程间隔 7 天。服药期间禁食肉类、鱼类及发霉有刺激性的食物，吃药蛋如有过醉现象，可选下列方中之任一方解之：①绿豆 120 克，生姜 5 片，水煎服；②生甘草 60 克煎汤，鸡蛋 3 个用汤冲服；③六月雪、绿豆 30～60 克，水煎服。

5. **气功治疗**

王兆铭氏主编的《中西医结合治疗风湿类疾病》载有治痹专业气功，兹摘要介绍如下：

（1）放松功：放松功是有意识地依次注意身体各部位，结合默念“松”字，逐步将全身调整得自然、轻松、舒适，从而调和气血，协调脏腑，疏通经络，增强体质，祛病延年。①姿势：卧式、坐式、站式均可。②呼吸：采用自然呼吸，亦可呼气时默念“松”字（或“送”字）。③意念：一般采用“四线放松”，将全身分成 4 条线，顺序放松，好像温水淋浴一样从头到脚似流水般逐一放松，并结合呼气默念“松”字（或“送”字）。第 1 条线（两侧）：

头部两侧→颈部两侧→两肩→两上臂→两肘→两前臂→两腕→两手十指，然后意守中指尖两分钟。第2条线（前面）：面部→颈部→胸部→腹部→两大腿前侧→两膝→两小腿前侧→两足背→两足十趾。意守足大趾两分钟。第3条线（后面）：后头部→枕项部→背部→腰部→两大腿后侧两侧腘窝部→两小腿后侧→两足底。意守涌泉穴3～5分钟。第4条线（中央）：清气由百会贯入冲涮大脑，使之清新如洗，再灌注体腔，放松五脏六腑，然后由会阴分至两大腿长骨骨髓腔出涌泉。根据练功的实际需要，每次做2～3个循环。在“四线放松功”基础上，可进行部位放松法。按头部→颈部→胸部→腹部→下肢直至足底涌泉穴，各部位顺序放松，将全身从头到脚笼统地似流水般一次放松。

（2）关节活动功：预备：两脚平行开立，稍宽于肩，双膝微屈，松肩松髋，头身中正，面部放松，似笑非笑，两目平视，由上而下全身依次放松，呼吸自然平稳。第1步：托天拄地。双手劳宫相对似持球状，自体前举至与肩平，屈肘至胸前合掌，两手上下分开，左手上托，右手下按，掌心突出，意守两手劳宫。双手缓慢收回至胸前，手心相对，再上下分开，右手上托，左手下按，似托天拄地状。如此反复，左右各作3次。第2步：碧海腾蛟。意想自己似碧海中一蛟龙，灵活、矫健、富有活力。动作为：两手掌心向上，自体前抬起，掌心向后时劳宫吸气，转向前时，十指呼气（手指有病者，可同时作逐指依次运动）。躯干脊柱与两臂动作呈反向争力踊动，反复6次。然后身体做前后波浪运动。力发于足踝至膝、髋、腰、脊、肩、肘。手臂随身体的波动面前后划动，似蝶泳状反复6次。双手自体侧抬至头顶，向百会贯气，导至丹田或涌泉。第3步：收清排浊。双手掌心向下自体前缓缓提起，然后下按，掌心外凸，意在劳宫，反复3～6次。双手再提至肩平时，掌指再上翘成90°，柔力推掌，再以柔力收回，如此3～6次。然后松腕，两臂左右分开呈一字形，掌指上翘成90°，坐腕推掌。如法再柔力收推3～6次，两臂至体侧慢慢下落，转掌心向后，双手向前方抬起，掌心内收，再向后下方外推至45°，收推共3～6次。第4步：转膝舒筋。双手掌心向下自后向前抬起至脐平，下按两膝，双膝微下蹲，两膝同时向左、向右、向外、向内各转3～6圈。然后作蹲起动作，下蹲意在膝盖，起时意在涌泉，反复做3～6次，身体直立。第5步：俯仰升降。两臂前伸，两掌心斜相对自体前捧起，至头顶向百会贯气，沿身体正中导至脐部。双手沿带脉移至身体后方，内劳宫对准肾俞，身体后仰，然后身体再前俯，同时沿两腿后外侧向下按摩足三阳经至两足踝，转向足背，沿大腿内侧上行至脐按摩足三阴经，同时身体直立。俯仰共作3次。第6步：强腰健肾。双手沿带脉移至身体后侧，外劳宫对两侧肾俞，护命门，腰部做回旋转动，正逆各9次（上身及下肢均不动，只做腰髋、骨盆转动）。然后双手转为内劳宫对肾俞，交错上下搓擦（搓在脊柱两侧的腰大肌上），上至后屈尽处，下至尾闾。上体及头部随两手的动作而左右摇摆，各9次。第7步：熊晃健脾。双手自然垂至体侧，周身充分放松，左膝微屈，身微左晃，左臂向下松垂，同时右臂上提至胸前，然后再如法晃至右侧，如此悠缓地自然地扭腰晃膀，两足亦相应地虚实变换，节律轻柔，意注在涌泉或丹田，共做9次。第8步：通经活络。双足交替互相叩击承山、三阴交、足三里穴，再以双手掌心向下置体前固定高度，两腿高抬交替使双手拍击“血海”穴，要力透肌肉筋。

三、中西医结合治疗

方法一[19]

[治疗方法]

中医组（46 例）：药用忍冬藤 30 克，乳香、没药、当归各 20 克，地龙 25 克，蜈蚣 10 克，防己、薏苡仁各 15 克。年老气血亏虚者加黄芪、党参。水煎，日 1 剂，黄酒送服。药渣熏洗关节半小时，日 2 次。

西医组（35 例）：强的松每次 10mg，日 3 次，口服，共 6 日；继服消炎痛每次 50mg，日 3 次，共 3 周。用青霉素 800 万单位，加入 5%葡萄糖注射液 300 毫升中，静脉滴注，日 1 次，共用 2 周。

中西医结合组（48 例）：用上述中西药物。

3 组治疗均 30 日为 1 疗程。

[治疗结果]

3 组分别治愈 19 例、7 例、41 例，显效 10 例、7 例、3 例，好转 8 例、11 例、2 例，无效 9 例、10 例、2 例。总有效率为 75%、70%、96%。中西医结合组疗效明显高于其他两组（$P<0.05$ 和 $P<0.001$）。

方法二[20]

中药加用抗生素、激素法。

[治疗方法]

（1）西药：急性期：青霉素 80 万单位，每日 2 次，肌肉注射，至炎症消退后维持 1 周；阿斯匹林 1g，每日 2～3 次口服（安乃近、消炎痛亦可）；强的松 10mg，每日 2～3 次，至症状缓解后，每周递减 5mg，至每日 10mg 时停服。如病变局限在某一关节，用强的松龙 1mg 加 1%普鲁卡因作痛点或关节腔内注射，每周 1 次，5 次为 1 疗程。慢性期：消炎痛或瑞培林 50mg，隔日 1 次口服，同时配针灸、红外线等治疗，10 日为 1 个疗程。

（2）中药：在上述西药治疗基础上加中药：寒痹（包括风、寒、湿痹）：温经逐瘀胜湿汤加减。热痹：银翘散或白虎桂枝汤。顽痹：益肾蠲痹丸加减。连续治疗 3 个疗程（每 10 日为 1 疗程）评定效果。

[治疗结果]

运用本法治疗 53 例（治疗组），并与单纯西药治疗 47 例（对照组）作对照。结果：对照组近期治愈 4 例，显效 5 例，好转 29 例，无效 9 例，总有效率 76%。治疗组近期痊愈 11 例，显效 13 例，好转 25 例，无效 4 例，总有效率为 92%。经统计学处理，两组有显著差异（$P<0.05$）。住院时间：对照组 7～135 日，平均 31.6±24.1 日（M±SD，下同）；治疗组 9～84 日，平均 24±13.4 日，两组有明显差异（$P<0.05$）。

第五节　预　防

一、未病先防

（一）西医措施

风湿性关节炎是风湿热的主要症状之一。风湿热是一种可以预防的疾病，与链球菌感染的关系十分密切，故防治链球菌感染和流行是预防风湿热的一个重要环节，措施包括：

（1）防止上呼吸道感染，注意居住卫生，经常参加体育锻炼，以提高健康水平。

（2）对猩红热、急性扁桃体炎、咽炎、中耳炎和淋巴结炎等急性链球菌感染，应予积极彻底治疗。抗生素中以青霉素为首选，抑菌的药物对预防风湿热作用较差。

（3）慢性扁桃体炎常有急性发作者（指每年有 2 次或 2 次以上发作者），应在风湿活动静止期手术摘除扁桃体。手术前 1 天及术后 2～3 天用青霉素预防感染。扁桃体摘除后，溶血性链球菌咽炎仍可发生，应予以注意治疗。

（4）在集体儿童（学校、幼儿园）中预防和早期诊断链球菌感染，建立必要的保健制度，可以彻底消除流行，大大减少风湿热的发病率。

（二）中医措施

（1）保持精神愉快：人的精神状态与疾病的发生、发展有密切的关系。因为七情内伤可以直接致病，亦可由七情内伤引起人体阴阳失调，气血亏损，御邪乏力，易为外邪入侵。因此保持精神愉快是预防本病的重要方面。遇事要防止过于激动，或闷闷不乐、忧忧郁郁。要善于自我节制，要努力学习，积极工作，心胸宽广，愉快生活。精神健康可带来身体健康。正气内实，病安从来。

（2）坚持身体锻炼：通过坚持不懈的锻炼，可以增强体质，提高抗病能力。锻炼的方式很多，可坚持每晨打太极拳、舞太极剑、做练功十八法及广播操，或跑步、打球等，亦可结合日常生活锻炼，如步行上下班。这些都是通过活动肢体，使全身气血流畅，调节体内阴阳平衡，达到增强体质，减少疾病的目的的好方法。尤其是痹病，如果气血流通，则邪虽入内，亦难形成痹阻。因此，锻炼身体是预防本病的好方法。但锻炼必须根据各人的身体情况而选择相应的方法，总的原则是开始活动不要过久过猛，以后逐步有所增加，循序渐进，贵在坚持。锻炼时间春夏宜早，严冬适当推迟。经常锻炼，身体健康，则患风湿性关节炎的机会可以减少。

（3）防范风寒、潮湿：风湿性关节炎的成因，与风寒湿有密切关系。因此，无病之时，防范风寒、潮湿之侵袭非常重要，尤其当身体虚弱时更应注意。天气寒冷时，应随时增添衣服以防风寒；炎热之际，切不可睡于风口或露宿达旦，因为人睡之后，人之卫阳之气静潜，毛孔开放，风寒易乘虚而入；夏日也不宜卧于席地（尤其是水泥地及砖石之地），以防凉气人于经脉，影响筋骨。更有炎夏分娩之产妇，切忌当风而卧或睡中以电扇取凉，因产后百脉空虚，自汗较多，寒气人内则易成疾。贪凉称快于一时，病后受困则一世。

随着社会发展，夏天防暑降温之措施也日益讲究。在有空调设备的房间工作的人，应随着室内外气候温度的差异，随时增减衣着。临床上常见在恒温室中工作几年后即患病之病例。冬月室内有火炉及暖气者，衣着可以少些，但如到室外去，必须披衣防寒，勿因怕麻烦而忽略之。在冰库及寒冷的水中操作者，入冰库前添衣服，在冷水中操作完毕，勿骤用热水浸手，以免一冷一热，脉络一紧一松，调节失常，引起脉道不利以致发本病。

身体健壮者，尚能耐受风寒，而年老体弱，或劳累过度、身体虚弱者，易被风寒所侵，必须谨慎。

受潮湿最多见的是以水为事者。经常同水打交道的人，应在工作完毕之后，立即用干毛巾擦干身体，换上干燥衣服。居处地势低而潮湿者，日常可用石灰洒于墙边屋角，以吸潮气；床上被褥在晴天宜经常曝晒，以祛潮气；天晴时经常开门开窗，以通气祛湿。当然有条件的还可垫高地势，向阳开窗开门最好。

春夏之交，台风季节，暴风骤雨，低地积水，在涉水淋雨之后，切忌即作热水浴，以致迫湿人内，而宜用干燥毛巾，擦干水渍，擦至皮肤潮红发热，再洗净换上干燥衣服。劳动后大汗淋漓，亦不可入凉水中洗澡或入水游泳，因汗孔未闭，易使寒湿之气骤入。黄梅季节，湿令当时，如为脾胃失健，内湿较甚之人，宜服用燥湿、化湿之剂；如为脚肿面浮者，亦可服利湿退肿之剂以通利之，勿使内外湿交阻成患。

风湿性关节炎的成因是风、寒、湿、热等邪气杂至。日常生活中注意避风、御寒、防湿，截其来路，是预防之良策。如有内湿之人，更应注意，若致外湿入内，得病则缠绵难已。

(4) 注意营养：营养依靠食物供给，但补充营养亦非千篇一律。《素问·阴阳应象大论》云："形不足者，温之以气；精不足者，补之以味。"说明补益必须根据各人的体质以及虚之所在而补之。如素体内热者，不宜服红参、鹿茸；脾胃虚弱、运化无力者，食银耳会引起脘腹胀闷，食阿胶更使胃中饱胀，饮食不馨；胃酸过多者，食牛奶、豆浆后易泛酸胀气，舌苔粘腻；中有湿阻者，更不能进补，补则胃脘痞塞，胃呆少纳，则得不偿失。

鱼、肉、鸡、鸭、蔬菜、瓜果、谷食都有营养，必须根据个体情况及脾胃运化能力而选择不同饮食。脾胃健者，味虽厚尚能消化，而脾胃弱者则以清淡为宜。切勿暴饮暴食，致伤脾胃。

二、既病防变

(一) 西医措施

已患风湿热的病人，应积极预防链球菌感染。一般可用普鲁卡因青霉素每天注射 40～80 万单位，疗程 7～10 天，以肃清感染。继以苄星青霉素（长效西林）120 万单位，每日注射一次，以防止再感染。对青霉素有过敏反应者，磺胺嘧啶或磺胺异恶唑（儿童每日 0.25～0.5g，成人每日 0.5～1.0g），也可考虑作为预防用药；应用过程中，必须注意检查血象，慎防粒细胞缺乏症。至于应用期限，一般认为从风湿热末次发作起维持 5 年左右，特别在首次发作时出现心脏病变或已有慢性风湿性心脏病的病人，应预防治疗至成年。根据世界卫生组织 1972 年进行的一次国际间协作风湿热人群防治计划，其主要措施是强调有规则地使用青霉素预防注射，按实际注射情况分为：①完全预防：该年内每月至少注射一次长效青霉素；②规则预

防：每年注射 10～11 次；③不规则预防：每年注射 6～9 次；④偶然预防：每年注射 5 次或以下；⑤无预防：全无注射者。结果发现预防的水平与链球菌感染患者的比例成反比，无预防组和不规则预防组其链球菌感染患者比例较完全预防组高了 3 倍；更重要的是有一次或多次活动风湿热患者的比例在低水平预防者较完全预防者高 10 倍。值得强调的是即使不能完全规则预防者，亦有部分效果，其预防效果与预防注射次数成正比相关。

（二）中医措施

有病早医，勿乱投药。如发现有风湿性关节炎之症状，如关节、肌肉、筋骨的酸、麻、肿、痛、重，应及早就医，早诊断，早治疗。若病延日久，病情日深，则治愈较难。

目前，卫生知识日益普及，有些病人能正确求医治病。但亦有人对风湿性关节炎的慢性程度认识不足，求愈心切，当发现自己有病时，惊慌失措，怕变形、怕瘫痪，因之乱投医，甚至 1 周内辗转几个医院，药物成堆，而且对一些单方、验方亦想同时使用，以求速效，结果病未治愈，脾胃先伤，反而增加疾病的复杂性。

中医主张治未病，因此，注意调摄，未雨绸缪有其重要意义。

参考文献

[1] 姚庆云．浙江中医杂志　1982；11（12）：50，40
[2] 朱思纯．河北医药　1982；（6）：35
[3] 张茂松．中医杂志　1987；（9）：13
[4] 朱婉华．黑龙江中医药　1986；（3）：3
[5] 肖进顺．四川中医　1985；（2）：41
[6] 江绍松．四川中医　1984；（2）：62
[7] 黄振中．湖北中医杂志　1983；（2）：44
[8] 杨富华．中级医刊　1984；（11）：56
[9] 梁成英．湖北中医杂志　1984；（6）：29
[10] 何华庭．湖北中医杂志　1986；（1）：46
[11] 徐心仁．四川中医　1986；4（1）：44
[12] 张俊先．四川中医　1988；（2）：41
[13] 雷在彪．广西中医药　1983；6（2）：18
[14] 胡熙明主编．中国中医秘方大全（上册）·第一版·上海：文汇出版社，1989；784～788
[15] 张俊庭，等主编．当代中医师灵验奇方真传．第一版·北京：中国医药科技出版社：北京，1994；343～345，374，1307～1314
[16] 冯纯礼．陕西中医　1994；11（15）：490
[17] 高忠义．山西中医　1993；9（6）：21
[18] 张宇享．四川中医　1994；12（2）：35
[19] 宋敏，等．黑龙江中医药　1993；（3）：20～21
[20] 余成佳．中西医结合杂志　1987；7（11）：684

第四章　骨关节病

第一节　概　述

骨关节病又称增生性关节炎、肥大性关节炎、退行性关节炎或骨关节炎，是一种相当常见的慢性关节病。其主要病理改变是关节软骨退行性改变和关节软骨边缘骨质增生、骨刺形成，并因此而引起关节疼痛、肿胀、僵硬、畸形和功能障碍。所以，也可以简单地认为，骨性关节病就是一种因关节软骨退变和骨刺形成而引起的慢性关节炎。

骨关节病可分为原发性骨关节病和继发性骨关节病。前者的发生与多种因素即营养、机械力、酶的改变及遗传素质等有关。多发生于中年以后，发病部位多在膝、髋、手指关节和颈椎、腰椎骨突关节等负重大、活动多的关节。异常应力可造成负重大和活动多的关节软骨细胞酶体膜破裂，软骨表面细胞发生退行性变和死亡，同时可释放出很多溶酶到周围基质中，导致粘多糖加速降解，从而使软骨营养不良，修复速度低于破坏速度，关节软骨损害就日趋加重。同时由于关节负重和运动产生的机械性刺激，可导致软骨膜过度增生，形成软骨性骨赘，再进一步骨化就形成骨赘．使关节面变为唇样，从而限制了关节运动。后者常继发于先天或后天畸形、关节损伤（如关节内骨折）以及其它关节疾病如类风湿性关节炎、化脓性关节炎、痛风、假性痛风、黄褐病、骨无菌性坏死、骨骺滑脱、关节脱位及韧带、关节囊松弛等之后．受累关节多为个别关节，常不对称，以上、下肢关节多见。

骨关节病患者症状较轻，无全身症状，起病缓慢。最早而突出的症状是受累关节酸痛，开始多发于晨起或久坐后立起时，活动后缓解，活动过多又再疼痛，多为钝痛。病情严重时休息也感疼痛，甚至影响睡眠。寒冷和潮湿使疼痛加重。受累关节的僵硬感与关节酸痛相似，常发生于晨起或休息后开始活动时，持续半至 1 小时，稍加活动后僵硬感即消失或减轻。关节僵硬感也常随气候寒冷而加重，晚期由于关节变形，加上骨赘形成，可致关节活动受限。

必须指出，在 X 线片发现有骨刺生成的，并不能均视为患有骨关节病。因为半数以上 X 线片可见骨刺生成的人，临床并无关节肿痛等关节炎症状，这些人因无关节炎存在，当然不能诊断为骨关节病。因此，骨关节病的认定必须既有骨质增生存在，又有关节炎症表现。

祖国医学将本病纳入“骨痹”范畴，认为其发病不外乎外感风寒湿邪，内伤于肝肾不足、气血失和或有跌仆损伤．均使气血运行不畅，络脉阻滞不通．病久则肝肾两亏，筋软骨萎，功能障碍。

第二节　病因病理

一、西医病因病理

（一）病因

虽然骨关节病均因关节软骨退变而产生，然而导致关节软骨退变的原因却可能与下列多方面因素有关：

1. 原发性骨关节病

(1) 年龄：本病好发于 40 岁以上中老年人。其原因是：中、老年人在漫长的生活工作中，日常关节活动对关节软骨的积累性损伤增多，机械性磨损增多；中、老年人关节软骨中粘多糖含量减少，使软骨韧性减低、变薄变脆，易发生退行性改变。

(2) 体质：营养不良及过度肥胖均可促使本病发生。营养不良者可影响软骨细胞的代谢和增殖，从而导致软骨基质减少，软骨新生不足，故易发生软骨磨损和退变。过度肥胖者则可使软骨承受的重量增大，从而加速软骨的机械性损伤和退变。

(3) 职业：本病好发于体力劳动者和运动员，这是因为长期繁重的体力劳动和大运动量训练加重了软骨损伤和退变的进展。此外，本病在活动度过小的人群中也并不罕见，这可能是因关节活动过少，减弱了关节活动对软骨代谢的泵作用，影响了关节软骨的营养，从而导致关节软骨退变。此外，关节活动过少导致的肌肉萎缩也可影响关节的稳定性。

(4) 遗传因素：本病的特征性表现—远侧指间关节炎和 Heberden 结节有明显的家族遗传特点，常发生于同族女性，故推测本病可能与遗传因素有关。

(5) 内分泌因素：女性更年期常易患膝关节骨关节病。近年来在实验研究中也发现雄激素有促进本病发生作用而求偶素则抑制本病发生，生长激素可刺激软骨生长，生长激素缺乏，关节软骨则发生退变。

2. 继发性骨关节病

亦颇为常见。常继发于关节畸形、关节创伤和关节炎症之后。常见的疾病有：

(1) 关节先天畸形：如先天性髋臼发育不良、膝内翻、膝外翻等。

(2) 关节创伤：如关节内骨折、关节内软骨骨折、半月板切除术后、半月板损伤、关节韧带损伤、关节习惯性脱位等。

(3) 骨缺血性坏死：如股骨头缺血性坏死。

(4) 关节炎症：如类风湿性关节炎、痛风、假痛风等。

(5) 其它：褐黄病、糖尿病、肢端肥大症、大骨节病、剥脱性骨软骨炎、滑膜软骨瘤病等多种疾病均可促使本病发生。

（二）发病机理

正常情况下，关节软骨由于含胶原纤维及蛋白聚糖(proteoglycan)，具有弹性及可压缩性。蛋白聚糖由蛋白与许多糖胺聚糖（glycoaminoglycan）侧链组成。蛋白聚糖与多个分子的水结

合，软骨受压时水释出，压力解除后水又回位。蛋白聚糖功能失调，招致软骨可压缩性丧失，是骨关节病的基本特点。骨关节病时，软骨中蛋白聚糖由于分解或合成障碍而量减少，糖胺聚糖的组成（正常人硫酸软骨素与硫酸角蛋白量比例相等）也有改变。退行性病变处，蛋白酶及水解酶（尤其是组蛋白酶）含量增加。软骨中软骨细胞正常成人不再分裂及合成DNA，但在骨关节病中，软骨细胞分裂及代谢活性皆又增加。这些现象提示在骨关节病中，软骨基质一方面降解增加，另一方面同时合成也在增加。随病情进展，降解超过合成，最终导致软骨基质愈益减少，软骨变软、糜烂、变薄。

（三）病理

早期关节软骨变黄，失去光泽，表面出现不规则压迹、麻点样小窝或线形沟，或呈天鹅绒样改变。软骨逐渐变薄、碎裂。软骨小碎块可自表面脱落于滑膜液中，被吞噬或引起继发性的急性或轻度慢性滑膜炎。显微镜下，软骨裂隙沿基质中胶原纤维走向，软骨细胞肿胀、裂解或增生。软骨细胞集合成与表面相垂直的柱条。软骨糜烂、变薄，甚或部分剥脱后，软骨下骨组织暴露。关节运动时，摩擦与刺激使骨小梁增厚，髓腔变窄，骨质逐渐变为致密、坚硬，称为象牙质性变。软骨边缘软骨膜过度增生，产生新的软骨，形成软骨性骨赘，并可骨化形成骨赘。骨关节病一般无肉芽组织或血管翳形成。除偶有关节两端骨赘相融合外，一般不发生真正的关节强直。骨赘可破裂进入关节腔，形成关节内游离体。

二、中医病因病机

中医对骨痹的病因病机早在《内经》即已有所认识，以后历代又有所发展。《灵枢·刺节真邪篇》说："虚邪之中人也，洒淅动形，起毫毛而发腠理，其入深，内搏于骨，则为骨痹。"《素问·逆调论》说："人有身寒，汤火不能热，厚衣不能温，然不冻慄。是人者，素肾气盛，以水为事，太阴气衰，肾脂枯不长；一水不能胜两火，肾者水也，而生于骨，肾不生，则髓不能满，故寒肾至骨也。所以不能冻慄者，肝一阳也，心二阳也，肾孤藏也，一水不能胜二火，故不能冻慄，病名曰骨痹，是人当挛节也。"《素问·长刺节论》指出："病在骨，骨重不可举，骨髓酸痛，寒气至，名曰骨痹。"《灵枢·寒热病》指出："骨痹，举节不用而痛，汗注烦心，取三阴之经补之。"《素问·四时逆从论》曰："太阳有余，病骨痹身重。"

根据《内经》的论述，后世医家多认为骨痹的成因主要为肾气衰弱，寒湿入骨。如《圣济总录》说："论曰：夫骨者肾之余，髓者精之充也。肾水流行，则满而骨强。适夫天癸亏而凝涩，则肾脂不长。肾脂不长，则髓涸而气不行，骨乃痹而其证内寒也。虽寒不为冻慄，则以肝、心二气阳火，一水不能胜之，特为骨寒而已。外证当挛节，则以髓少而筋燥，故挛缩而急也。"《增补内经拾遗方论》曰："主髓少筋燥。夫人身寒至骨，宜乎其冻慄也。而反不冻慄者何？盖以其人素肾气胜，虽以水为事，但以肾之一水，不能胜肝心之二火，内为骨痹，面外症肢体拘挛也。以髓少而筋燥故也。"《内经博义》曰："太阳有余病骨痹身重，……肾气应太阳，太阳之气有余，则浸淫及骨，故为骨痹。水邪盛则作强之官弛，故身重。"《张氏医通》曰："骨痹者，即寒痹痛痹也，其症痛苦攻心，四肢挛急，关节浮肿。"《类证治裁》曰："骨痹，即寒痹痛痹也，苦痛彻骨，安肾丸。〔安肾丸〕肉桂、川芎各两半，白蒺藜、巴戟、山药、茯苓、石斛、菟蓉、补骨脂各四两八钱。蜜丸。"

综合历代医家论述，结合临床实践，骨痹的病因病机可概括如下：

（一）病因

1. 肾气虚衰，骨骼失养（内因）

“肾主骨，生髓”，髓居骨中，骨赖髓以充养。肾精充足，则骨髓的生化有源，骨髓得到精髓的充分滋养和肾阳的温煦而坚固有力，能御邪抗病。因此，骨痹的形成，在内首当责之于肾气虚衰，骨骼失养。

2. 风寒湿邪深袭骨骼及骨髓（外因）

骨痹是指风寒湿邪深袭骨骼及骨髓，从而发生以骨关节疼痛，骨重难举，甚至四肢拘挛，关节肿胀，骨骼变形为主要症状的痹症。

祖国医学通过长期的医疗实践认识到，人体气血流行分布，是随着四季寒暑更替、气候的不断变化而发生相应的变动。经曰：“春气在经脉，夏气在孙络，长夏气在肌肉，秋气在皮肤，冬气在骨髓中。”这是机体对体外环境收受通应、正常生理调节的体现。若此时正常生理调节功能失常，则邪气者，常随四时之气血而入客。根据这一辨证整体观，《痹论》中进一步论述曰：“以冬遇此者为骨痹。”说明骨痹多在冬季易感风寒湿邪，其好发、多发季节亦是在冬季，这在临床上是有一定意义的。古代“四时五脏阴阳”的辨证整体观，也同样体现在五体痹“各以其时重感于风寒湿之气”，而内舍于相应的脏器。如果“骨痹不已，复感于邪，内舍于肾”就容易发生肾痹，从这个意义上讲，肾痹是骨痹病理发展的严重阶段。

（二）病机

病机特点为正虚邪实，胶结难愈。本病临床表现为关节疼痛、强直、无力、畸形，局部无红、肿、热，发病多在40岁以后，主要以负重关节受累为特征。中年以后，肾气渐衰精髓内亏，骨失所养，故见上症。而反复创伤劳损，风寒湿邪内侵，闭阻气血，湿凝成痰，血停成瘀，进而深注骨骼，常可导致关节疼痛、强直、畸形。正虚邪实，相互为用，胶结难愈，最终影响劳动能力和生活能力。

骨痹与骨痿两证在发病机制和证候特点上，有何区别与内在联系？这是一个值得探讨的问题。《素问·痿论》中说：“骨痿者，生于大热也。”“肾气热，腰脊不举，骨枯而髓减，发为骨痿。”所谓热，盖指劳倦内伤、脏腑失调所形成的虚热、湿热，甚或痰火虚热等。“热”邪耗髓消骨，必致髓减而骨枯，发生骨痿退变的临床症状。根据我们临床体会，骨痹日久，肾气亏耗，寒湿郁结，气火痰瘀由生，耗髓消骨，可以导致并发骨痿证候。历节、顽痹病久，骨变畸形，或“尻以代踵，脊以代头”，都是骨痹合并骨痿的例证。认清骨痹与骨痿的病理转化规律，对进一步指导类风湿性关节炎出现的骨质疏松，畸形退变，以及增生性、退行性骨关节病的辨证施治，具有重要的临床意义。同时在理论概念上亦应当认识到，上述疾病的发生，不单属于痹病范畴，而且在某个病理阶段，应考虑骨痿证的发生。

第三节 诊 断

一、辨病·西医诊断

（一）症状与体征

原发性骨关节病发病年龄多在中年以后，患病率随年龄而增高，故本病在65岁以上人群几乎普遍存在。继发性骨关节病的好发年龄则随原发病的不同而异，如在青年人多见的髌骨软化症之后继发的膝关节骨关节病在20～30岁人群中并不罕见。最常累及的关节是远端及近端指间关节、拇指掌指关节、第一跖趾关节、膝关节、髋关节、颈椎及腰椎。

本病多表现为慢性迁延发病，起病缓慢，无周身症状，只有少数病例表现为急性炎症过程。临床特点为逐渐发生的关节疼痛、肿胀，关节僵硬感和活动受限。

（1）关节疼痛：本病早期的疼痛常呈发作性，多发生在关节损伤后、劳累后或受凉以后，经休息可以完全缓解。经多次反复发作，间隔期逐渐缩短，发作期逐渐延长，晚期的疼痛则在轻微活动时甚至休息时也可出现。过度劳累可以使症状突然加重。

（2）关节肿胀：本病的关节肿胀可由3方面因素造成：①滑膜组织的无菌性炎症使滑膜组织增生肥厚；②炎症使关节液分泌增多，造成关节积液；③关节边缘骨质增生，使关节骨性肿大。本病早期关节肿胀多因滑膜炎及关节积液所致，经治疗可完全消失，但可随关节炎症的发作而再度复发。晚期由于炎症常不能完全消散，加之骨质增生造成的骨性肿大，关节肿胀不能完全消失。

（3）关节胶着现象：又称为休息痛，为本病的特点之一。即关节经过一段时间不活动，初开始活动时，或者从一种姿势转变为另一种姿势时，常感到关节疼痛、僵硬，经短时间活动后，反感到关节疼痛及僵硬感减轻。有些患者甚至因此而不愿坐下来休息。

（4）关节摩擦音：由于关节软骨面不光滑及骨质增生，受累关节在活动时可以有清晰的摩擦感。

（5）关节活动受限及畸形：本病早期多无关节活动障碍。如炎症继续加重，关节活动痛造成的抗痛性肌肉痉挛可导致关节活动受限。这种关节活动障碍一旦关节疼痛减轻即可得到改善。晚期骨质增生明显后，增生的骨质也可造成不同程度的关节活动障碍，甚至关节畸形。

手受累时，远端指间关节骨肥大，在末端指骨底部背侧或外侧出现结节，质硬似瘤体，称为Heberden结节。出现于近端指关节的，称为Bouchard结节。结节一般不痛，但有时可突发红肿痛，历时数周。拇指掌指关节受累时，拇指桡侧底部呈方形外观。其他掌指关节很少被累及。

足部多见拇趾外翻。

膝是最常累及的关节之一，多见于肥胖妇女，上下楼时疼痛尤甚。可有关节积液，活动时可有弹响或摩擦音。膝内翻多见。

髋关节受累，患者不能蹲下或交腿面坐。

脊柱尤其颈椎或腰椎受累时，由于椎间孔骨赘增生，或椎间盘破裂，可出现脊髓、神经

根受刺激或压迫症状。

（二）实验室及其它检查

多数患者的实验室检查无异常发现。有时侵蚀性炎症或全身性疾病的患者血沉可轻度增快。类风湿因子阴性。

骨关节病滑膜液无色、透明，粘蛋白凝块试验阴性，白细胞计数在0.2～2×10^9/L之间，镜检无细菌或结晶，可见到软骨碎片和纤维，从碎片的数目可粗略估计软骨退化程度。

X线检查早期可无异常表现。以后由于软骨变形或破坏，关节腔变窄和不规则；关节韧带肌腱附着处骨质增生；关节边缘变锐利，或呈唇样变，或呈骨赘凸起，并可相连形成骨桥。关节面有致密硬化现象。关节骨皮质由于退行性假囊肿形成，出现小圆形密度减低的阴影，或骨组织为纤维组织所取代而出现骨质透亮区。晚期关节边缘骨赘增加，软骨广泛破坏，使关节腔狭窄和不规则更为显著。关节软骨下骨端有不同程度的骨质致密、硬化和增生，如象牙质状。关节面增大且不平，可有关节半脱位。变性、坏死的软骨或软骨下骨增生的骨赘断裂脱落入关节腔内，可见小块密度不等的游离体阴影。

有时需进行关节镜检查，以利于诊断和鉴别诊断。

（三）诊断要点

1. 诊断

骨关节病的诊断主要依据病史、体格检查、实验室及X线检查。本病随年龄增加，检查阴性也不能排除本病。老年人关节痛无其它异常者，多为骨关节病。应注意骨赘、骨缘唇样变及关节间隙变窄，这并非特异，也可见于感染、类风湿性关节炎、痛风、假性痛风等疾病。有X线异常可无症状，需判断本病是否为全身性疾病所致。对于每一病例必须深入研究发病机理。本病一般限于一个或几个关节，如关节弥漫性受累，应考虑全身性结缔组织病。

2. 鉴别诊断

骨关节病应注意与以下疾病相鉴别：

（1）风湿性关节炎：有链球菌感染史，并常于再次接触链球菌感染后复发，疼痛呈游走性，活动期血沉增快，抗链“O”阳性。X线检查多无异常发现。

（2）类风湿性关节炎：女性多于男性。受累关节疼痛剧烈，晨僵明显，好发于四肢小关节。活动期血沉增快，类风湿因子多为阳性，X线片常可见骨质疏松及不同程度骨质破坏。

（3）膝关节非特异性滑膜炎：表现为反复出现的膝关节腔积液，浮髌试验阳性。膝关节肿胀程度与该关节疼痛及活动受限程度不一致，关节肿胀常很严重，但关节疼痛却相对较轻，常表现为闷胀感。X线片仅显示软组织肿胀，无骨刺形成。

（4）髌骨软化症：与骨关节病相同，髌骨软化症亦属于退变性疾病，只是后者重点累及髌骨—股骨关节。上下楼梯以及半蹲位时关节疼痛加重，尤以下楼梯及半蹲位时更痛是本病重要临床特点。髌骨研磨试验阳性，即用手部按压髌骨做研磨动作，患者感明显疼痛。X线片可见髌骨—股骨间隙变窄，关节面不光滑，髌骨软骨下骨质硬化，有时可见囊性变，髌骨边缘骨质增生。

与上述疾病相比较，骨关节病多发生于中年以上患者，常表现特征性的休息痛和海氏结节，实验室检查一般无异常，而X线片则表现不同程度骨质增生和骨质硬化，故一般不难鉴

别。

二、辨证·中医诊断

（一）辨证要点

本病起病缓慢，早期症状为关节酸痛（表浅关节可有微肿、僵硬、功能减退），早晨起床或久坐后起立尤为明显，活动后减轻，但活动过多，又觉不适，渐之疼痛、僵直加重，表浅关节可触及骨刺，活动时可有粗糙摩擦音。病久肌肉萎缩，关节畸形。本病临证时要辨明邪气（风、寒、湿、热、痰、瘀）偏盛，病情新久，部位浅深，体质强弱，阴阳盛衰，标本缓急。

（二）辨证分型

1. 肾中精气不足证

[临床表现] 中年以上，腰腿酸软，关节疼痛无力，不能久立远行，久痛不已，遇劳痛剧。

[辨证分析] 肾藏精，主骨生髓，是元阴、元阳潜藏之所。肾中精气虚亏，不能充实腰肾，不仅腰腿酸软，疼痛无力，而且不能久立；劳倦伤气，故遇劳则腰脊或颈项、四肢关节疼痛更甚。

2. 肾虚血瘀证

[临床表现] 出现肾中精气不足证的临床症状，且伴腰脊或颈项、四肢关节疼痛如锥刺，痛有定处而拒按，俯仰转侧不得，舌紫暗，或有瘀斑，脉弦涩。

[辨证分析] 肾中精气不足，故出现腰膝酸软、关节疼痛无力、遇劳痛甚等证；瘀血留滞腰脊或颈项、四肢关节，故痛如锥刺，痛处固定而拒按；经脉阻塞，气血不能畅通运行，故俯仰转侧不得；瘀血内阻，故舌质紫暗，或有瘀斑；脉弦涩，为血瘀气滞之征。

3. 阴虚络热证

[临床表现] 患者自感腰背或四肢关节灼热如蒸，但以手扪之多无明显的局部灼热，形体瘦削，舌质干红少苔或无苔，或舌上有裂纹较多，或较深，脉细数。

[辨证分析] 瘦人多火，形体瘦削之人常多内火，实为阴虚者其体质之本。阴虚络热，故患者常感腰背或四肢关节灼热如蒸，但以手扪之却多无明显热感，此点正足以同风湿热痹之关节红肿热痛相鉴别；舌质干红少苔或有裂纹，为阴虚之征；脉细数，为阴虚内热之征。

4. 血虚风阻证

[临床表现] 面色苍白或萎黄，头晕无力，动则心悸，伴腰背或四肢关节游走性疼痛，遇风更甚，舌淡白，脉细弱。

[辨证分析] 血虚不能上荣于面，故面色苍白或萎黄；血以载气，血不上荣，气不和煦，故头晕无力；血虚不能养心，故动则心悸；血虚而滞，则风邪易入，故见腰背或四肢关节游走性疼痛；伤于风者，遇风更甚，故患者常感畏风；舌质淡，脉细弱，均为血虚之征。

5. 气血亏虚，寒湿阻络证

[临床表现] 面色苍白或萎黄，腰脊或关节冷痛，不能伸直，尻以代踵，脊以代头，足拘挛，腹胀，舌质淡，脉沉紧。

[辨证分析] 腰为肾之外府，肾主骨，骨痹不愈，肾中阳气大虚，复感外寒，寒邪直中肾经，故腰脊或骨关节冷痛；寒主收引，故腰脊不能直立；极寒伤筋，加之血虚而不濡筋，则筋脉拘挛，故足不得伸；肾为胃之关，肾气虚寒不能蒸腾以温养脾胃，下焦浊阴上逆，故腹胀；脉沉紧，为寒湿内盛，主寒主痛；面色苍白或萎黄，舌质淡，是气血亏虚之象。

第四节　治疗

一、西医西药治疗

（一）一般治疗

向病人解说病情，以减轻对疾病的顾虑。避免关节剧烈活动和过度负重，以减轻反复损伤，但可作一般轻微活动及静止性肌力训练，以保护关节稳定。超重者宜减轻体重。

（二）常规治疗

对继发性骨关节病（如糖尿病、甲状腺功能减退、肢端肥大症、黄褐病），应针对原发病治疗或调整饮食（如黄褐病者适当减少蛋白质摄入，否则形成的中间产物尿酸可致关节改变），减少和积极治疗创伤劳损。根据受累部位及病情，可使用牵引、关节囊切除（尤其髋关节）以减轻疼痛，改善血液循环、减少对神经血管压迫和关节磨损。必要时负重关节作截骨术或简单关节成形术，重新分布关节压力，恢复正常负重位置，减轻疼痛和增加活动度。近年来人工关节，特别是应用于髋关节，比较成功，可获得不痛、稳定而又有相当好的活动度的效果。

（三）对症治疗

1. 药物治疗

（1）阿斯匹林，0.3～0.6g，1日3次，口服。

（2）消炎痛，开始时每次服25mg，1日2～3次，饭时或饭后立即服（可减少胃肠道副作用）。如未见副作用，可逐渐增至每日125～150mg。采用胶丸或栓剂剂型，可使胃肠道副作用发生率较低。栓剂且有维持药效时间较长的特点，一般连用10日为1疗程。

（3）保泰松，开始时1日量0.3～0.6g，分3次饭后服（可减少对胃的刺激），1日量不宜超过0.8g。1周后如无不良反应，剂量应递减至维持量，每日0.1～0.2g。

（4）抗炎酸，0.25g，1日3～4次，口服。

（5）布洛芬、萘普生、双氯灭痛、炎痛喜康等亦可选用。

（6）糖皮质激素如强的松及促肾上腺皮质激素（ACTH）在部分病人可以暂时减轻症状，但长期应用副反应大，效果亦不肯定，因此在本病无应用指征。因骨关节病多见于中、老年人，常伴有骨质疏松症。糖皮质激素能减少小肠对钙的吸收，抑制肾小管对钙的重吸收，从而促进尿钙排泄。长期用药将造成或加重骨质疏松，发生类固醇诱导的关节病，加重病情。糖皮质激素还可诱发高血压病、糖尿病、消化性溃疡及股骨头无菌性坏死等。故治疗本病不能

滥用皮质激素。

2. 关节冲洗、关节腔穿刺放液及关节腔注射

在严格无菌条件下，可行关节冲洗。关节内有多量积液时，可穿刺排液。穿刺后加压包扎和制动，或注入醋酸氢化可的松 25mg，每周 1 次，但不宜次数太多。

3. 物理治疗

可采用红外线、超声波等，可减轻疼痛。骨赘患者可行醋离子导人。颈椎牵引可减轻对局部神经根的压迫。

二、中医中药治疗

（一）辨证论治

1. 肾中精气不足证

[治法] 补益精气。

[方药] 六味地黄丸加味。

熟地黄 30 克，山茱萸 12 克，山药 15 克，茯苓 10 克，泽泻 10 克，丹皮 6 克，白芍 15 克，木瓜 12 克，鸡血藤 30 克。

[加减] 若阴损及阳，畏寒肢冷，神差，夜尿多，应改用金匮肾气丸，或骨质增生丸（熟地黄 60 克，鸡血藤、骨碎补各 45 克，肉苁蓉、鹿衔草、淫羊藿各 30 克，莱菔子 15 克，为末，炼蜜为丸，每服 9～15 克，日 2～3 次）加减。颈椎病颈强疼痛加葛根、羌活；伴眩晕加天麻、菊花、枸杞子、蔓荆子；伴高血压加钩藤、豨莶草、臭梧桐、山羊角、夏枯草；肢麻加鸡血藤、桑枝、川芎、黄芪。脊椎及下肢关节病加狗脊、桑寄生、续断、杜仲。跟骨痛加牛膝。上肢关节痛加海风藤、青风藤、老鹳草、伸筋草、络石藤。瘀阻痰凝，疼痛较剧，舌暗苔腻，加全蝎、蜈蚣、土鳖虫、乌梢蛇、白芥子、胆南星、乳香、没药；寒湿偏重，冷痛重着，加麻黄、桂枝、细辛、乌头、苍术、茯苓、甘草。久病寒热虚实错杂，胶结难解，用大活络丸；痰湿痹着，肥胖肤白，容易出汗，关节肿胀，用防己黄芪汤；伴血脂高，加荷叶、山楂、何首乌、泽泻。

[分析] 肾中精气不足，故以补益精气的主方六味地黄丸为主加减治疗。关节运动不利，常与肝主筋的功能失常密切相关，故合养血营筋的白芍木瓜汤化裁。其余加减法，均系对因或对症施治之法。

2. 肾虚血瘀证

[治法] 补肾化瘀。

[方药] 骨刺丸为主方。

熟地、骨碎补、炙马钱子、鸡血藤、肉苁蓉各 60 克，汉三七、乳香、没药、川芎各 30 克。研末，炼蜜为丸，每丸重 6 克，早晚各 1 丸，3 个月为 1 疗程。

[分析] 骨质增生，为一种退行性病变。肾主骨，骨赘之生长，实缘于肾虚主骨功能减退，故以熟地、肉苁蓉、骨碎补补肾精添骨髓；骨赘已成，阻滞于局部，常可出现痛处固定等瘀阻之象，故以鸡血藤、三七、川芎、乳没等活血止痛，炙马钱子消肿止痛。

3. 阴虚络热证

[治法] 养阴清络。

[方药] 育阴清络汤加减。

生地15克，丹皮6克，赤芍10克，羚羊角0.5克（锉末，冲服，或磨汁冲服），玄参15克，桃仁6克，地龙12克，鳖甲15克，龟板15克，秦艽12克，橘络12克，甘草3克。

[分析] 方中龟板、生地、鳖甲、玄参养阴清热；丹皮、赤芍、羚羊角凉血通络；桃仁活血；秦艽、橘络、地龙均具通络作用。全方具清热养阴通络止痛之功效。

4. 血虚风阻证

[治法] 养血祛风。

[方药] 骨质增生汤。

白芍30克，木瓜、当归、威灵仙各15克，甘草、五加皮各6克。

[加减] 部位在颈椎者加羌活10克；在腰椎者加川断20克；在跟骨者加牛膝10克。

[分析] 本方以白芍、当归补血，威灵仙、五加皮祛风湿通经络，木瓜味酸入肝养筋，除湿通络，甘草合白芍即芍药甘草汤缓急止痛。合之共具养血祛风通络止痛之效。

5. 气血亏虚，寒湿阻络证

[治法] 补益气血，祛寒除湿。

[方药] 活络通痹汤。

黄芪、丹参、桑寄生各30克，独活、川续断、制川乌、制草乌、熟地各15克，细辛5克，牛膝、地龙、乌药、炙甘草各10克，土鳖虫6克。水煎服。药渣用纱布包后趁热敷于腰部以温热不损伤皮肤为度。

[分析] 气血亏虚，故以黄芪、丹参、桑寄生、熟地等补益气血；寒凝湿阻，故用独活、川断、二乌、细辛祛寒逐湿；寒湿阻遏，气血凝滞，故用牛膝、地龙、乌药、土鳖虫等行气血通经络而止疼痛。趁热外敷，亦利于祛寒止痛。若寒湿太重，阳气虚衰者，又宜安肾丸（肉桂、川乌、巴戟、黑故子、肉苁蓉、白蒺藜、山药、茯苓、石斛、萆薢）。

（二）验方治疗

1. 搜风通络汤[1]

[组成] 全蝎9克，蜈蚣2条，鹿衔草30克，乌梢蛇15克，当归15克，川芎15克，自然铜15克。

[用法] 水煎服，日1剂。

[功用] 活血搜风，通络止痛。

[疗效观察] 治疗19例颈椎综合征，疗效较好。

2. 消骨汤[2]

[组成] 白芍30克，钩藤20克，粉葛根20克，秦艽20克，威灵仙20克，当归20克，玄胡10克，独活10克，制川乌10克（先熬半小时），蜈蚣3条（去头足）。

[用法] 水煎服，日1剂。

[功用] 祛风除湿，活血营筋。适用于治疗颈椎骨质增生。

[疗效观察] 治疗颈椎骨关节病113例，收到良好效果。

3. 白芍木瓜汤[3]

[组成] 白芍30克，木瓜12克，鸡血藤15克，威灵仙15克，甘草12克。

[用法] 水煎服，日 1 剂。

[功用] 养血柔筋，通络止痛。适用于治疗骨质增生。

[疗效观察] 治疗 160 例，痊愈 109 例，占 68.2%；显效 42 例，占 26.2%；进步 9 例，占 5.6%。

4. **骨金丹**[4]

[组成] 炙马钱子 3 克，赤芍 10 克，玄胡 5 克，田三七 3 克，木香 5 克，没药 5 克，乳香 5 克，红花 5 克，郁金 10 克，秦艽 20 克，独活 20 克，血竭 5 克，怀牛膝 5 克，桂枝 5 克。

[用法] 上药烘干共为细末，炼蜜为丸，每丸重 10 克（马钱子砂炒，以黄褐色为度）。每次 1 丸，早晚空腹内服。3 个月为 1 个疗程。2 个疗程结束时摄片对比治疗效果。

[功用] 行气活血，祛风除湿。治疗骨质增生。

[疗效观察] 213 例中有效者共 198 例，有效率为 93.0%。其中显效 54 例，占 25.4%；好转 144 例，占 67.6%。

5. **伸筋丹**[5]

[组成] 地龙（炒）500 克，马钱子（制）350 克，汉防己 150 克，乳香（醋炒）150 克，没药（醋炒）150 克，骨碎补（制）150 克，红花 350 克，五加皮 150 克。

[用法] 马钱子用砂烫制至外表呈棕黄色，并鼓起，去毛屑。骨碎补用砂烫去毛。将上述药物粉碎成末混匀，装入胶囊，每粒含 0.15 克。成人每次服 5 丸，每日 3 次，温开水送服。每 15 天为 1 疗程，中间休息 5 天，再进行第 2 疗程。

[功用] 活血通络，消肿止痛。用于治疗骨关节病。

[疗效观察] 治疗 68 例，其中有效 65 例。在 5 天内显效者占 7.4%，6～10 天显效者占 73.5%，11 天以上显效者占 14.7%。

6. **复方伸筋草煎**[6]

[组成] 伸筋草 50 克，透骨草 50 克，苏木 50 克，红花 50 克，骨碎补 30 克。

[功用] 活血舒筋。治疗腕肘骨关节病。

[用法] 水煎取液，待药液温度降至患者能耐受时，将病变部位在药液中浸泡，并加活动，其幅度逐渐增大。每次 30 分钟，每日 1～2 次。

[疗效观察] 治疗 81 例，其中 66 例熏洗后关节功能完全恢复，15 例明显改善。

7. **跟骨刺方**[7]

[组成] 熟地 30 克，当归 12 克，木瓜 18 克，苡仁 15 克，木通 10 克，穿山甲 10 克，牛膝 15 克，川芎 12 克，五加皮 12 克。

[用法] 水煎服，每日 1 剂。2 周为 1 疗程。

[功用] 补肾养血，除湿通络。主治跟骨骨刺。

[疗效观察] 治疗 59 例，其中痊愈 35 例，显效 16 例，好转 8 例。

8. **跟痛愈**[8]

[组成] 麻黄 10 克，制川草乌各 10 克，制乳没各 10 克，地龙 10 克，赤芍 10 克，白芍 10 克，红藤 30 克，玄胡 10 克，桂枝 15 克，紫丹参 15 克。

[用法] 将上药 1 剂，加水 3000 毫升，浓煎至 1500 毫升左右，先把一半药液倒入面盆内，待药液温度稍降，即将患足浸于面盆中，同时用药渣擦洗患部，浸至数分钟后，再把剩下的药液分次倒入面盆内继续浸洗，使药液保持一定的温度，在药液尚有余热之时结束浸洗，用

干毛巾擦干患足后，立即穿上鞋袜。每天浸洗2次，1剂使用2天（炎夏季节每天1剂）。10天为1个疗程，疗程长短因病人而异。

[功用] 散寒祛湿，活血定痛。主治足跟痛。

[疗效观察] 治疗78例，其中治愈22例，显效38例，好转14例，无效4例，总有效率为94.87%。

9. **强骨散**[9]

[组成] 熟地黄、山茱萸、巴戟天、菟丝子、当归、川芎、桃仁、红花、制乳香、制没药、葛根、生麻黄、细辛、赤芍药、威灵仙、骨碎补、地龙、露蜂房、鸡血藤、天南星、天麻等各等量。

[用法] 上药晾干或烘干，共为细粉，每次10克，日2次，早晚饭后用少量黄酒加温开水冲服。服药时，头3天晚间微汗，连服1个月为1疗程。

[功用] 补益肝肾，活血祛瘀，温经通络，搜风化湿，通痹止痛。

[疗效观察] 用本方治疗颈椎骨关节病300例，经1～3疗程治疗，临床治愈（症状、体征消失，活动自如，恢复正常工作，观察1年以上未复发）234例，显效（症状、体征基本消失，活动自如，劳累受冷无不适感，但颈椎仍有压痛，观察1年偶有反复者）42例，好转（症状、体征部分消失，停药后仍有反复者）15例，无效（症状、体征无明显变化）9例，总有效率为97%。

10. **葛根四虫散**[10]

[组成] 葛根、全蝎、僵蚕、地龙、炙鳖甲、蜈蚣各30克，丹参、白芍、牛膝各30克，片姜黄15克，羌活、独活、桔梗、桂枝各10克。

[加减] 眩晕、耳鸣甚加天麻、钩藤；上肢疼痛为主加桑枝、延胡索；上肢麻木无力加黄芪、当归；恶心呕吐加竹茹、半夏。均煎水送服上药。

[用法] 共研细末，过筛为散剂，分成45包，每次1包，日3次口服，15日为1疗程，疗程间隔3日。

[功用] 活血通络，软坚散结，祛风除湿。

[疗效观察] 用本法治疗颈椎骨关节病92例，结果治愈48例，显效25例，好转14例，无效5例，总有效率为94.1%。疗程12～45日。

11. **活血效灵丹加味方**[11]

[组成] 生乳香、生没药、当归、丹参、狗脊、骨碎补各15克，葛根、威灵仙各20克，白芍20～50克，川牛膝、川芎各10克。

[加减] 偏寒加桂枝、羌活、细辛；偏热加地龙、菊花、升麻；痰湿加白芥子、茯苓、苍术，或合温胆汤；疼痛甚加制马钱子、白芷、松节，或加制川乌、制草乌；麻木甚加羌活、桑枝、豨莶草，或合天麻丸；气血亏虚加熟地黄、黄芪，或合归脾丸；肝肾不足加熟地黄、补骨脂、仙茅；阴虚阳亢加龟板、天麻、煅龙骨、煅牡蛎，或合天麻钩藤饮。

[用法] 水煎分3次服，日1剂，黄酒为引。药渣加透骨草50克，川椒适量，水煎热敷局部，5日为1疗程。

[功用] 活血通络止痛，补益肝肾。

[疗效观察] 用本方治疗颈椎骨关节病50例，经1～3个疗程治疗，结果痊愈23例，显效17例，有效8例，无效2例。总有效率为96%。

12. **逐痹汤**[12]

[组成] 黄芪、桑寄生各20克，威灵仙、牛膝各15克，当归、赤芍、熟地黄各12克，炙甘草6克，乳香、没药、土鳖虫、炮山甲各9克（后二药研末兑服）。

[加减] 寒甚加制附片、细辛；风甚加防风、海风藤；湿甚加苍术、薏苡仁；外伤瘀血加红花、血竭；肾虚加杜仲、骨碎补；关节僵硬加全蝎、蜈蚣、白芥子；气血虚加党参、丹参。

[用法] 水煎分4次服，日1剂。药渣炒热布包，每晚熨患处，10日为1疗程。

[功用] 益气养血，活血软坚，通络止痛。

[疗效观察] 用本方治疗腰椎骨关节病140例，结果痊愈78例，好转51例，无效11例。总有效率为92.14%。

13. **增生消痛汤**[13]

[组成] 穿山甲9克，土鳖虫10克，皂角刺、红花、熟地黄各12克，赤芍、王不留行、独活、鹿衔草各15克，川牛膝18克，薏苡仁20克，蒲公英、金银花各24克，三七粉（冲服）2克。

[加减] 关节肿胀明显、关节腔积液者，去熟地黄、鹿衔草，加黄柏、车前草、防己、炒水蛭。

[用法] 水煎服，日1剂。另用活血止痛散水煎洗患处，日1～2次。

[功用] 活血通络，清热解毒，滋补肝肾。

[疗效观察] 用本方治疗增生性膝关节骨关节病55例，结果治愈21例，显效26例，有效6例，无效3例。总有效率为94.55%。

14. **补肾活血汤**[14]

[组成] 黄芪、补骨脂、骨碎补、菟丝子、干地黄、白芍、当归、陈皮、甘草。

[加减] 颈椎病加枸杞子；腰椎病重用干地黄，加川续断、狗脊、肉苁蓉；胸椎病加丹参。

[用法] 水煎服，日1剂。1个月为1疗程。停止其他治疗和药物。

[功用] 补益肝肾，理气活血。

[疗效观察] 用本方治疗脊椎骨关节病124例，临床治愈99例，显效12例，有效9例，无效4例。总有效率为96.8%。

15. **健骨汤**[15]

[组成] 丹参、鹿角片、猴骨、黄芪各18克，松节、元胡各15克，补骨脂、鸡血藤、骨碎补各9克，炮山甲6克。

[用法] 水煎服，日1剂。15日为1疗程。

[功用] 补益肝肾，强壮筋骨，益气活血，通络止痛。

[疗效观察] 用本方治疗骨关节病383例，结果痊愈103例，显效132例，有效127例，无效21例。总有效率为94.5%。从肉眼、X线、光镜3个层次对膝关节骨性关节病模型兔的关节液、组织形态等方面进行了治疗前后的对照观察，结果表明本方能改善病变关节的形态学改变，促进病灶区软骨的再生修复，并使关节液量明显减少。

16. **马氏骨刺丸**[16]

[组成] 茄根、制川乌、制草乌、熟地黄、补骨脂、莱菔子、仙灵脾、骨碎补、鸡血藤、生姜、肉苁蓉等。

[加减] 病在颈加葛根、威灵仙；病在腰加狗脊、川断；病在髋关节加木瓜、地龙；病在

膝加牛膝、蛇床子；积液、水肿加金樱子、益母草。

[用法] 制成蜜丸，每丸含生药 10 克，每次 1 丸，日 2 次口服。亦可作汤剂。同时以生川分乌、生草乌、苍耳子、木瓜、白芍、透骨草、豨莶草、急性子、泽兰、白芷、草河车、川椒、当归水煎熏洗患部，每次 60 分钟，日 1 次。

[功用] 补益肝肾，温经散寒，活血通络。

[疗效观察] 用本方治疗骨关节病 216 例，结果显效 58 例，占 26.9%；有效 140 例，占 64.8%；无效 18 例，占 8.3%。总有效率为 91.7%。

17. **骨痹丸**[17]

[组成] 红参、黄芪、鹿角、枸杞、熟地、肉苁蓉、丹参、白芍、制南星、白芥子、鸡血藤、生乳香、生没药、全蝎、蜈蚣、炮甲珠等 21 味中药。

[用法] 上药研细末，炼蜜为丸，每丸重 10 克，每日早晚各 1 次，先取鸡蛋 1 枚打入碗内，将 1 粒药丸搅拌其中，蒸 6～8 分钟成蛋糕状服用。3 月为 1 疗程。同时将生川乌、生草乌、生附子、生麻黄、川芎、肉桂、干姜、生南星、细辛、生乳香、生没药各等份，共研细末，每次取药末适量，白酒调匀，贴敷于患处，用纱布固定，每晚睡前外敷，次晨取下，亦可加热水袋外敷以增强药效。

[功用] 补益肝肾，益气活血，化痰通络。

[疗效观察] 用本方治疗骨关节病 120 例，经 20～180 日治疗后，显效（临床症状全部消失，关节活动正常，1 年以上未复发）96 例，占 80%；有效（临床症状明显缓解，劳累或受凉后稍有不适，能从事轻工作）20 例，占 16.7%；无效 4 例，占 3.3%。总有效率为 96.7%。

18. **益肝补肾通络汤**[18]

[组成] 熟地黄、杜仲、桑寄生各 15 克，茯苓、当归、党参各 12 克，白芍、狗脊、牛膝各 20 克，防风、独活、川芎、甘草、鹿角胶（烊化）各 6 克，细辛 3 克，威灵仙、仙灵脾各 18 克。

[加减] 肾阳虚重用杜仲、仙灵脾；肾阴虚加女贞子、龟板；外伤瘀滞重用当归，加鸡血藤；病位在上牛膝易桑枝；颈椎加葛根；足部重用牛膝，加何首乌。

[用法] 水煎服，日 1 剂。用时外敷消炎镇痛散：川乌、草乌各 150 克，白花菜子 100 克，乳香、没药（均去油）各 80 克，白芷、川椒各 50 克，麝香 1 克，冰片少许，共为细末，封装瓶内备用。用时以低度酒调成糊状，取大枣大小药膏放 1 块胶布中央，敷贴痛处及相应穴位上，贴敷 3～6 小时，足部 8～12 小时，每周贴 2 次。

[功用] 补益肝肾，祛风除湿，活血通络。

[疗效观察] 用本方治疗骨关节病 96 例，结果痊愈 43 例，显效 31 例，好转 20 例，无效 2 例。总有效率为 94%。

（三）其它疗法

1. **针灸**

(1) 手指退行性关节炎的针灸治疗

处方一：肩髃、曲池、合谷、少海、小海、神门、腕骨、后溪。

适应症：五指难以屈伸。

处方二：风池、阳池、阳溪、外关、合谷、侧四缝（在两手第二指关节的两侧横纹端，每

手 8 穴，左右共 16 穴）、八邪。

适应症：手指退行性关节炎、指关节肿大（鸡爪风）。

（2）膝关节肥大性关节炎的针灸治疗

处方一：犊鼻、内膝眼、鹤顶、血海、足三里、阴陵泉、阳陵泉、阿是穴。弱或中等刺激，留针 15～20 分钟，每次选 2～3 个穴。每周 3 次，10 次为 1 疗程，疗程间隔 10 天。

适应症：膝关节肿痛。

处方二：血海、曲泉、阴陵泉、阳陵泉、足三里、委中。寒痛明显者，针后可加灸。灸法以“太乙神针”法为佳。现介绍如下：药物：艾绒 100 克，硫黄 6 克，麝香、乳香、没药、松香、桂枝、杜仲、枳壳、皂角、细辛、川芎、独活、穿山甲、雄黄、白芷、全蝎各 3 克。艾条制作法：将上药研为细末，先取艾绒 25 克，均匀地铺在桑皮纸上，再取药末 6 克，掺人艾绒内，然后卷紧如爆竹状，外用鸡蛋清涂抹，再糊上桑皮纸一层，两头留空纸 3 厘米许，捻紧阴干即成。用法：将药条一端点燃，上用 7 层棉布包裹，紧按在穴位上。若艾火熄灭可重新点燃，如此反复施灸 5～7 次。另外，也可在选好的穴位上覆盖 5～7 层棉布或棉纸，将艾火隔着纸或布紧按在穴位上 1～2 秒，使药气温热透人深部。每穴按灸 10 次左右，接着再灸其他穴位。若艾火熄灭则重新点燃。若病人感觉太烫，可将艾火略提起，稍停热减后，再按穴上施灸。若用两支艾药条交替施灸，则热力可持续深透，效果更佳。

适应症：本法对骨关节病辨证属寒湿者用之最宜。

（3）颈椎骨关节病（颈椎病）的针灸治疗

处方一：通天、百会、风池、完骨、哑门、大杼。毫针针之，平补平泻。

适应症：颈项强痛。

处方二：风池、天柱、大椎、后溪、绝骨、昆仑、申脉。针灸并用。

适应症：项痛。

处方三：主穴：病变部位夹脊穴、大椎、肩髃、曲池、足三里、绝骨。配穴：身柱、肾俞、环跳、阳陵泉、肩井、天宗、阳池、中渚等。用法：灸治。可用下列灸法之任一种：①温针灸：先以捻转进针，得气后施以平补平泻针法，然后留针不动，将艾段套在针柄上，从艾段下端点燃施灸。每次选用 4～6 个穴位，每穴每次施灸 2～3 壮，或 5～15 分钟，每日或隔日治疗 1 次，7～10 天为 1 疗程，疗程间隔 3～5 天。②艾卷温和灸：每次选用 4～6 个穴位，每穴每次施灸 5～10 分钟，每日灸治 1～2 次，10 次为 1 疗程，疗程间隔 3～5 天。③温灸器灸：多用于颈夹脊穴及压痛点处，每次施灸 10～20 分钟，每日或隔日灸治 1 次，7～10 次为 1 疗程，疗程间隔 3～5 天。④隔姜灸：每次选用 3～6 个穴位，每穴每次施灸 3～6 壮，艾炷如枣核大，每日灸治 1 次，7～10 次为 1 疗程。⑤鹅透膏敷灸：取鹅不食草 2500 克，透骨草 2500 克，水泽兰 5000 克，生川乌 750 克，生草乌 750 克，马钱子 750 克，将上药共研细末，贮瓶备用。取药末 60 克，先人 200 毫升水，煮开后，取出将其炒 5～8 分钟，再加上 45%酒精（或白酒）20 毫升调匀，然后装人纱布袋内，待温度适宜时，贴敷患处及其压痛点上，并以纱布包扎固定。每日 1 次，每次敷灸 2～3 小时，3 天更换药末 1 次（每次更换药末按上法处理），6 次 1 疗程，疗程间隔 3～5 天。

适应症：颈椎综合征。

处方四：用絮针（皮肤针）由上而下，从颈项沿督脉、夹脊之脉、足太阳经 3 线叩打，到达大椎穴和风门穴为止，加拔火罐多只。明显压痛部位，重点叩打，并加拔火罐。

适应症：颈椎肥大症。

处方五：取穴：颈部夹脊穴（哑门至大椎穴之间作4等份，各等份交点旁开处，左右各6穴）。治法：病人取坐位，头略前倾，病人呼气时垂直进针，用热补法。右手拇指向前捻转9次，再慢提紧按40次，留针15分钟。隔日1次，12次为1疗程，疗程间隔1周。又方，取神庭、上星、囟会、前顶、百会。右手持针尖后约1寸刺入皮下，用迎夺法，针向上方，换左手持针体，右手持针柄，缓缓推进，达到所透的穴位，留针20分钟。每日1次，3次为1疗程，疗程间隔1周。

适应症：颈椎病。

处方六：主穴：风池、百劳、风门、肩井、肩贞、列缺、百会、合谷、外关、中渚。配穴：肾俞、气海、大肠俞、关元俞、环跳、阳陵泉、足三里、委中。针法：提插捻转，中刺激补法为主，留针30分钟。虚寒者针上加灸，或针后温和灸。痛点固定可先针刺，后皮内埋针。每日1次或隔日1次，10次为1疗程，疗程间隔5～7天。

适应症：颈椎综合征。

处方七：取穴：3、4、5、6颈夹脊。治法：每次1～2穴，每次注人复方丹参或骨刺宁注射液1～2毫升。又法，在大椎穴（病变侧）旁开0.5寸处进针，以45度角斜向大椎穴。注射复方丹参注射液2毫升加10%葡萄糖液5～10毫升。隔日1次，7次为1疗程，疗程间隔7天。

适应症：颈椎病。

（4）腰椎骨关节病（肥大性脊柱炎）的针灸治疗

处方一：取华佗夹脊穴。先从华佗夹脊穴的起点（第一胸椎脊突下旁开3寸），用拇指向下按压滑动，找出敏感点，然后用1.5～2寸毫针向脊椎方向斜刺，待出现电击样或胀麻感时停止进针，施手法加强针感。然后在对侧敏感点上用上法针刺，再在两针刺穴位上拔火罐20分钟。

适应症：脊背强痛。

处方二：主穴：人中、大椎、身柱、陶道、肺俞、心俞、肝俞、肾俞、膏肓、胸椎点刺（每个胸椎下旁开5分，用圆利针点刺出血）。配穴：经渠、鱼际、昆仑、京骨、委中。针法：毫针法，平补平泻。

适应症：脊背痛。

处方三：胸椎肥大症，用皮肤针自大椎穴水平向下沿督脉、夹脊之脉和背俞之脉三线叩打，到中枢穴水平为止，加拔火罐多只，压痛明显部位，重点叩打，并加拔火罐；腰椎肥大症，用皮肤针自十三椎下悬枢穴水平向下沿督脉、夹脊之脉和足太阳经以及八髎和环跳等五线叩打至腰俞水平为止，加拔多只火罐，明显压痛部位，重点叩打，并拔火罐。

处方四：主穴：脊椎两侧的夹脊穴、大椎、身柱、命门、腰阳关。配穴：选用风池、百劳、肾俞、大肠俞、环跳、秩边、曲池、列缺、委中、昆仑、阳陵泉。针法：症状较轻者，以平补平泻，中等刺激为主；较重病人应以强刺激，泻法为主。留针15～30分钟，每日1次，或隔日1次。10次为1疗程，疗程间隔5～7天。

适应症：增生性脊椎炎。

处方五：毫针治疗取督脉、足太阳经穴为主，选取夹脊穴腰1～5、腰阳关、肾俞、大肠俞、委中、阳陵泉为主穴。肾虚者配命门、飞扬、太溪；寒温者配环跳、承山、昆仑。肾虚

者用补法；寒湿者用泻法。灸法治疗取肾俞、大肠俞、腰眼、命门、十七椎下、腰阳关。艾条温和灸5～10分钟，或每穴艾炷灸3～5壮。每日或隔日1次，每次选用2～3穴。耳针疗法取穴为腰椎区、腰痛点、神门、皮质下。中等刺激，留针20分钟。每日或隔日1次。水针疗法取阿是穴，药用10%葡萄糖10～20毫升或维生素$B_1$100毫克，注入阿是穴。也可用5%当归液0.5～1毫升，注入阿是穴。神经针刺疗法取腰神经根点，用针刺法强刺激。每日或隔日1次，10次为1疗程。

适应症：肥大性脊柱炎。

2. **推拿疗法**

方法一：适用于膝关节骨关节病。

(1) 用揉法于大腿股四头肌，着重在膝髌韧带。

(2) 以按揉与弹拨法交替作用于膝髌韧带、内外侧副韧带，着重取犊鼻、内外膝眼、阳陵泉、梁丘及压痛点。

(3) 推揉髌骨，用掌心附着于髌骨，作缓缓的摩揉。

(4) 揉大腿后侧、腘窝与小腿后侧，重点在腘窝委中穴处。

(5) 作膝关节摇法，配合膝关节的伸屈和旋内、旋外被动活动。

(6) 搓揉膝关节，最后在膝关节周围擦热结束。

方法二：适用于颈椎骨关节病。

(1) 用按揉法于风府、肩中俞、肩外俞、天宗穴，每穴1分钟，以有明显酸胀感为宜。

(2) 用揉法于颈项肩背部，以斜方肌为重点。施术3～5分钟后配合被动活动Ⅰ，在揉颈胸椎部时，配合颈椎屈伸被动活动；在揉颈及患侧肩背部时，配合颈椎侧屈和施转被动活动。各3～5次。

(3) 用一指禅推法或按揉法沿颈椎及其两侧作上下往返治疗3～4分钟。

(4) 拿风池、颈椎两侧、风府和肩井穴。

(5) 作颈椎拔伸法，先使患者头部前屈至适当的角度，术者一手扶住患者枕部，另一手用肘部托住患者颏部，作向前上方拔伸，并同时向患侧旋转头部。

(6) 先徐徐摇动颈椎，待患者肌肉放松后，再作颈椎伸位斜板法。

(7) 用擦法于颈椎两侧，以透热为度。可配合热敷。

对神经根型上肢酸痛发麻者，加用揉拿、搓上肢部，并按揉极泉、曲池、合谷穴。对交感神经型，加扫散颞部少阳经、推乔弓穴和拿头五经等法。对椎动脉型，加一指禅法、抹头面部。

推拿治疗时尚需注意，对脊髓型、高血压和血管硬化的患者不宜施行颈部板法。在作推拿治疗前，要先排除颈椎椎管骨质病变，手法宜柔和，切忌暴力。患者睡眠时枕垫高度要适宜，一般仰卧时垫枕宜低，侧卧时可略高。并防止不良的睡眠姿势，以免引起病情复发或加重。平时应作颈项部锻炼，但不可过劳或受寒。

方法三：适用于胸腰骶椎骨关节病。

(1) 揉法于腰脊及两侧夹脊部、骶棘肌，待肌肉略松弛后，结合腰后伸被动运动。若下肢部有酸痛麻木症状，则加揉下肢。

(2) 按揉、弹拨痛点和肌痉挛处。

(3) 按揉阳陵泉、委中、环跳、肾俞穴。

（4）腰部斜板法，左右各作1次。

（5）施擦法于腰椎及两侧，以热为度。

3. **外治**

（1）磁处理中药陈醋浸剂渗透治疗骨关节病[22]：根据病变范围大小选用恰当的铅板及衬垫，将滤过好的中药液经磁化后，均匀地洒在衬垫上，两个衬垫放药，放于病变部位，电流强度以病人耐受为度。每次治疗20分钟，每日1次，12次为1疗程，可休息7～10天，再行下1个疗程。所用中药处方炮制方法及磁化方法：威灵仙60克，牛膝60克，伸筋草60克，没药20克，乳香20克，马钱子20克，鸡血藤60克，川芎60克，生姜60克，草乌20克，白胡椒20克，当归20克、自然铜60克，加镇江陈醋2000毫升密封浸泡1个月后，滤过放于234.87立方厘米的瓷缸内，在瓷缸上下或左右放2500高斯磁砖，S与N极对置，瓷缸内磁场强度1750高斯，长期磁化处理后备用。疗效：磁处理中药陈醋浸透组120例，有效率100%。

（2）局部药物泥敷法：取当归、川芎、羌活、独活、汉防己、白芍、白术、桑枝、防风各30克，研细制成药物泥，局部敷于脊柱上，每日1次，每次30分钟，10次为1疗程。适用于脊椎骨关节病。

（3）倒立疗法：取肩肘倒立疗法，或者半肩倒立疗法，每天进行数次，此法可增强脊柱弹性，纠正脊柱的轻微弯曲，对本病有预防保健作用。适用于脊椎骨关节病。

（4）风疗法：取电吹风直接吹射脊柱，每日1次，每次15分钟，可缓解脊柱痉挛，松解粘连。适用于脊椎骨关节病。

（5）骨刺通络散[19]：川芎、威灵仙、桃仁、地龙（醋炒）、炮山甲、没药各50克，红花、木瓜各75克，草乌40克，牡蛎100克，冰片15克。共研细末。用时取适量药粉，用陈醋、白酒各半调成糊状，敷患部约0.5～0.7cm厚，上盖塑料薄膜，外用绷带固定，腰椎处可缝制内衬塑料薄膜的纱布袋，将药填入布袋内层，紧贴腰部固定。每次敷7小时，日1次，症状重者2次。用本法治疗骨关节病77例，其中颈椎、腰椎、膝关节分别为34例、27例、16例，结果分别痊愈28例、18例、7例，显效4例、6例、2例，有效1例、3例、6例，无效1例、0例、1例。

（6）三草消刺散[20]：透骨草、伸筋草、凤仙草、威灵仙、生山楂、白芥子、乌梅、木瓜、芒硝、大皂角、片姜黄各250克，马钱子90克，冰片60克。诸药烘干、粉碎成细末备用。取生铁屑1公斤，加入药末10克，食醋4汤匙，拌匀后装入布袋内，封口置于患处，约5～10分钟即自动发热，持续1.5小时，凉后取下，日2～3次，20日为1疗程。用本方治疗骨关节病108例，经1～3疗程治疗，痊愈66例，显效28例，有效8例，无效6例。总有效率为94.4%。

（7）骨刺Ⅰ号：威灵仙60克，五灵脂30克，伸筋草、透骨草、生乳没、皂角刺、乌梢蛇、仙灵脾、杜仲各20克，白芥子15克，细辛12克，生川乌、生草乌各10克。共研细末，过60目筛，置小磁杯内，用陈醋或白酒调成糊状，以核桃大小药物置小方棉垫上，贴于患部及相应穴位上，胶布固定，隔日1次，10次为1疗程。

（8）穴位埋线[21]：取穴：头痛、头晕、耳鸣、眼花、流泪者，取风池、C2～4夹脊、肩中俞、大椎；心烦、胸闷、易怒、咽痛者，取C5～6夹脊、至阳、肩外俞；手臂麻木、上肢抬举后展困难、下肢行走不便者，取C 5～7夹脊、肩井、肩中俞、肩外俞、天宗、秉风、肩贞、手三里、大椎。每次取2～6个穴位，间隔4～5周埋线1次。操作方法：用龙胆紫标定

穴位，局部常规消毒，用2%利多卡因在穴位两旁的进针、出针处注射0.5ml，将大号三角缝皮针穿0号或1号羊肠线（双线），用持针器夹住三角针，垂直进针穿入穴位深层（皮肤与肌肉之间）后出针，将羊肠线拉出，用剪刀剪去露在皮肤外两端的羊肠线，使之缩回到皮下。用碘酒消毒针孔，敷无菌纱布，胶布固定。共治疗颈椎骨关节病725例，1次治愈者85例，2～3次治愈者361例，3～5次治愈者126例；显效53例，有效68例，无效32例。治愈率78.8%，总有效率95.5%。

（9）熏洗液[22]：苍术30克，鸡血藤、乳香、威灵仙、黄柏、海桐皮、伸筋草各25克，防风、牛膝、当归、羌活、地黄、雷公藤、红花、川椒、寻骨风、木瓜、白芷、透骨草各20克，草乌、细辛各10克，马钱子1克。上药用纱布包裹后，加水1000毫升，武火煎20分钟，再以文火煎至600毫升，去包裹后，趁热熏洗患膝，至出汗为度，并用力按摩患处。每日2次，每剂可用5～7日，5剂为1疗程。一般1～2疗程即显效。用本法治疗膝关节骨关节病185例，显效（关节疼痛及肿胀消失，X光片有明显改善，其严重程度降至1～2级）85例（45.9%），有效（关节疼痛及肿胀基本消失，X光片有改善）98例（53%），无效（原有症状、体征无改善）2例（1.1%）。总有效率为98.9%。

（10）乌蛇皂刺膏[23]：乌梢蛇20克，白花蛇1条，皂角刺15克，马钱子10克，透骨草15克，穿山甲10克，五灵脂20克，制乳香10克，制没药12克，生川乌9克，生草乌9克，辽细辛10克，威灵仙12克，杭白芍30克。以上各药除去杂质、土粒，共为细末，以醋、酒及膏药基质按1.5∶1∶1的比例，经过适当的加工处理，制成膏药，入瓶密封。将药膏用自制模型做成扣子大小（约0.3厘米）的小药饼，放在约6平方厘米的胶布中央，再在药饼中央放一点含麝香的药粉，即可敷贴患处和相应穴位。1～2天换药1次，10次为1疗程。用此膏治疗骨关节病100例，痊愈（症状消失，关节功能恢复正常，X线检查基本恢复正常）4例，显效（症状消失，关节功能恢复正常，X线检查无明显变化）65例，有效（症状大部分消失，关节功能恢复至用药前1/2以上，X线检查无变化）29例，无效2例。总有效率达98%。

三、中西医结合治疗

方法一[24]

中西药内服配合手法推拿法

[治疗方法]

（1）温经活血汤：葛根、桑枝各30克，桂枝、姜黄各12克，丹参、鹿衔草各15克，川芎10克，天麻6克。水煎服，每日1剂。

（2）安络痛片，每次0.2g，每日3次；维生素B_1，每次20mg，每日3次。

（3）推拿手法：采用“一松、二板、三拔伸”推拿法，每周3次，6次为1疗程。一松即松弛颈背部的项韧带、斜方肌、胸锁乳突肌及副神经的两个支（一支在胸锁乳突肌后缘中点，一支在肩胛骨内上角上方）。二板即用冯天友旋转复位法及端拿手法板正偏歪的颈椎棘突，纠正椎小关节功能紊乱，恢复颈椎力学平衡，解除或减轻对神经的刺激与压迫。三拔伸即徒手牵引头颈部，改善颈部活动。

[治疗结果]

运用本法治疗颈椎病200例，治疗时间最长21日，最短7日，平均疗程14日。临床治

愈 170 例，占 85%；显效 20 例，占 10%；有效 10 例，占 5%。总有效率为 100%。

方法二[25]

[治疗方法]

(1) 疏风养血汤加减：基本方：川羌活、薄荷叶、北防风、正川芎、全当归、紫丹参、粉葛根、西秦艽、僵蚕蚕、大熟地、生白芍、生甘草。加减：风阳上扰、头晕耳鸣去羌活、薄荷、川芎，加明天麻、珍珠母、炙龟板；肾阴不足、心烦不寐去薄荷、羌活，加枸杞子、山萸肉、夜交藤；气血两亏、肤泽失润加炙黄芪、太子参、炒白术、阿胶；风寒湿重、肢体麻木加祁蛇、蜈蚣、全蝎；湿热灼痛去羌活、薄荷，加桑枝、银花藤、丝瓜络、片姜黄。

(2) 丹参注射液 12 毫升加 10%葡萄糖注射液 500 毫升，静脉点滴，每日 1 次，1 周为 1 疗程。

(3) 按摩推拿：揉揉弹拔颈项肩背，解除软组织痉挛；按压指揉风池、大椎、缺盆、中府、曲池、合谷，拔伸十指；抱枕颌带牵引，旋转，颈部屈伸。

(4) 旋转复位：适用于颈椎发生解剖位置的微细变化（椎体错位）患者，手法关键在于定位准确，仔细触摸颈椎棘突偏歪部位。

(5) 颈颌带牵引：取坐位或仰卧位 2 种，每日牵引 2 次，每次 30～40 分钟，重量 2～4 公斤适宜，10 天为 1 疗程。

[治疗结果]

上法治疗颈椎病 85 例，痊愈 34 例，显效 25 例，好转 20 例，无效 6 例，总有效率为 92.94%，痊愈显效率为 69.4%。治疗时间最长 3 个月，最短 3 日，平均治疗天数为 30.6 日。

方法三[26]

[治疗方法]

(1) 中药汤剂：葛根、熟地、仙灵脾、威灵仙、木瓜、白芍各 30 克，肉苁蓉、自然铜、川芎各 15 克，补骨脂、乌蛇各 18 克，全蝎、甘草各 10 克，蜈蚣 2 条，天麻 12 克。颈神经根型加桑枝、桂枝、姜黄；交感神经型加龟板胶、鹿角胶、石斛、灵磁石、生地、熟地；椎动脉型加丹参、桃仁；混合型加党参、黄芪、黄精；步履蹒跚甚至瘫痪者加龟板、虎骨、木耳、紫河车、马钱子粉；高血压者加钩藤、元参、夏枯草；痛甚加血竭、雷公藤、穿山甲；气候变化加重者加汉防己、豨莶草。水煎服，日 1 剂。

(2) 穴位注射：用维生素 B_1、B_{12}注射液穴位注射，取穴①夹脊、大椎、风池、肾俞；②足三里、肝俞、颈灵、曲池、阳陵泉、绝骨。两组穴位交替使用，每穴 1 毫升，隔日 1 次，局部用 2%奴夫卡因 2ml 加强的松龙 0.5ml 封闭，每周 1 次。

(3) 针刺疗法：头针取感觉区、运动区、颈灵区；耳针取皮质下、肾上腺、交感、神门。隔日 1 次针刺。

(4) 局部疗法：局部可配合“小刀疗法”、减压切除术。

[治疗结果]

用本法治疗颈椎病 365 例，结果痊愈 119 例，显效 113 例，好转 104 例，无效 29 例。总有效率为 94.9%。

方法四[27]

[治疗方法]

治疗组（100 例）：药用川乌、草乌、南星、半夏、马钱子、当归、丹参、桃仁、红花、乳

香、没药、木瓜、威灵仙、白芍、甘草、川续断、骨碎补各30克，干姜、大青盐各20克。共研细末，以醋、水调糊。对照组（30例）：药用当归、红花、川芎、独活、透骨草、伸筋草、秦艽、蒲公英各30克，乳香、没药各20克，羌活10克，威灵仙60克。每剂煎汤500ml。治疗组取药糊10～15ml，对照组取药液30ml，分别浸透HQ—Ⅱ型中药离子导入治疗仪或GZ—A型治疗仪的正负极垫，以40～50℃温水调节其干湿程度。电流选用：颈椎用5～10mA；腰椎用10～15mA；膝关节用10～20mA；足跟用10～25mA。每次30分钟，日1次，12次为1疗程，疗程间隔3日。

[治疗结果]

用本法治疗骨关节病100例，经2～3个疗程治疗，结果两组分别临床治愈20例、2例，显效59例、13例，有效21例、13例，无效0例、2例，总有效率100%、93%。

第五节 预 防

（一）避免过度活动与过度负重

骨关节病分原发性与继发性两种。原发者病因尚不完全明了，其发病是机械的影响和酶的改变等综合因素共同作用的结果。既往称本病为骨关节炎并不恰当，因非炎症引起。以X线作流行病学调查，成人20岁后即可有骨关节病变出现，随年龄增长而发病率增高；50岁以上者80～90%皆有不同程度的骨关节病病变。不同工种可引起不同的关节发生骨关节病。相反，瘫痪肢体则发病缓慢。生理情况下，关节软骨、软骨下骨及关节囊有分散关节活动及持重或经受动力的作用。长期的持重与磨损以及不正常的应力，造成软骨下骨的细微骨折，骨折的修复使软骨下骨丧失承重的适应性，导致关节软骨承受更大的动力，其结果使软骨表面发生改变，软骨细胞受伤后释出溶酶。因此，避免过度活动与过度负重，对于预防骨关节病的发生与加重，都有十分重要的意义。

（二）积极防治能引起骨关节病的各种原发病

继发性骨关节病可见于肥胖、甲状腺功能减退、糖尿病、肢端肥大症等之后，临床表现与原发性者相似，单关节受损更为多见。所以，积极地防治这些原发病，对预防骨关节病的发生具有重要意义。

（三）节制性欲，保护肾精

骨关节病属中医“骨痹”范畴。中医学认为，肾主骨、生髓、藏精，肾中精气的盛衰是决定筋骨能否劲强的关键。因而节制性欲，保护肾精，对于防止衰老、防止骨关节的退行性病变，是有十分重要意义的。

（四）避免寒湿侵袭

肾气衰弱，寒湿入骨，是骨痹重要的成因之一。因此，避免寒湿之气的侵袭，在骨关节病未发生前，能起未病先防的作用；在骨关节病形成之后，又有既病防变的作用。

参考文献

[1] 蒋森．新中医　1980；(4)：25
[2] 李德琪．四川中医　1983；(6)：46
[3] 王之术．新中医　1980；(1)：20
[4] 滕义和．新中医　1982；(10)：21
[5] 山东文登整骨医院．山东中医杂志　1985；(1)：23
[6] 乔执中，等．浙江中医杂志　1984；19 (3)：135
[7] 陈秀琴．山东中医杂志　1988；7 (5)：15
[8] 徐企帆．江苏中医　1988；9 (9)：31
[9] 王承训，等．山东中医杂志　1995；14 (7)：305～306
[10] 周世杰．黑龙江中医药　1993；(4)：24～25
[11] 王仁群．湖北中医杂志　1993；15 (5)：14
[12] 吴家清，等．湖南中医杂志　1994；10 (1)：33
[13] 杜秀兰．山东中医杂志　1994；13 (1)：14
[14] 王陆军．中医函授通讯　1993；12 (6)：18～19
[15] 李强，等．中医正骨　1992；4 (3)：9～10
[16] 马素英．北京中医　1993；(3)：49
[17] 宋重阳．山西中医　1991；7 (4)：19～20
[18] 杜见斌．山东中医杂志　1992；11 (1)：19～20
[19] 曹圣荣，等．中国骨伤　1993；6 (5)：30
[20] 辰志德．四川中医　1993；11 (11)：44～45
[21] 唐淑琴．山东中医杂志　1995；14 (8)：358
[22] 中国中西医结合研究会．全国第三届农村基层中西医结合工作及学术经验交流会议论文汇编（摘要）.1990；159～160
[23] 张俊庭，等主编．当代中医师灵验奇方真传．第一版·北京：中国医药科技出版社，1994；1319，1360～1361
[24] 王志月．中西医结合杂志　1989；9 (4)：249
[25] 张海水．江西中医药　1987；20 (3)：26
[26] 蔡俊．实用中西医结合杂志　1992；5 (2)：739～740
[27] 宗言顺，等．北京中医　1993；(5)：43～44

第五章　系统性红斑狼疮

第一节　概述

系统性红斑狼疮（systemic lupus ergthe maatosus，SLE）是一种累及多系统多器官的、具有多种自身抗体的自体免疫性疾病，发病机理主要是由于免疫复合体的形成，确切病因尚不明。本病因其反复迁延，损害肾脏等重要脏器时死亡率较高，故有“自身免疫病之王”的说法。

本病以青年女性为多见，男女之比至少为1∶7～9，发病年龄大多为15～35岁。但亦见于儿童及老人。我国患病率高于西方国家，约为76/10万人口。且在美国、新加坡等地华裔人群中，患病率亦高，这可能与机体遗传素质有关。国内不同地区、不同民族患病率亦可能有不同。

在祖国医学文献中尚未查到与系统性红斑狼疮雷同的病名，不过，根据其临床表现在文献中仍有类似描述。皮肤型红斑狼疮今人赵炳南从该病毁坏面容的特征出发，称之为鬼脸疮。系统性红斑狼疮由于伴有较多的脏腑证候，因而很难明确地划属于某一病证。如朱仁康从全身证候认为本病“近于中医瘟毒发斑之类”，赵炳南从皮肤特征称之为“红蝴蝶”，顾伯华认为多关节疼痛是“痹症”。有肾炎、肾功能损害属“水肿”；有肝脏损害属“黄疸”、“胁痛”；有急性心内膜炎、心肌损害者属“心悸”；有胸水者属“悬饮”等等。

中医学所称之“杂证”，大致可囊括本病的脏腑损害。如痹证，《素问·痹论》说：“风、寒、湿三气杂至，合而为痹也。其风气胜者为行痹；寒气胜者为痛痹；湿气胜者为着痹也。”又如水肿，《景岳全书》说：“凡水肿等病，乃肺脾肾三脏相干之病……今肺虚则气不化精而化水，脾虚则土不能制水而反克，肾虚则水无所主而妄行。”再如胁痛，《素问·脏气法时论》说：“肝病者，两胁下痛引少腹。”《中国痹病大全》认为本病复杂，当归属中医的周痹、蝴蝶丹、阴阳毒等，常伴脏腑痹。

第二节　病因病理

一、西医病因病理

1. 病因

本病病因尚不清楚，可能为多种因素综合引起。

（1）遗传：除概述中所谈到的流行病学情况外，SLE患者近亲发病率高达5～12%，同卵孪生中发病（69%）远较异卵孪生（3%）为高。同卵孪生中并非都发病，说明环境因素也属

重要。HLA-D 位点似与 SLE 有些关联。DR_3 与 SLE 中抗 DNA 抗体关联。

（2）感染：SLE 动物模型 $NZB/NZWF_1$ 小鼠组织中可分离出 C 型病毒（慢病毒），并在鼠肾小球沉积物中测得抗 C 型病毒相关抗原的抗体，但在人中未能证实，亦未能发现其他病原体。

（3）激素：大部分 SLE 患者都是育龄妇女。SLE 与 Kline felter 综合征（最常见的染色体核型为 47，XXY）发生于同一患者，已有 10 余例报道，至少 2 例雌激素代谢异常。SLE 患者无论男性或女性雌酮羟基化产物皆增高。阉割新生期 $NZB/NZWF_1$ 雄鼠后，SLE 发病增高与雌鼠相似，皆提示雌激素在 SLE 发病中的影响。

（4）环境：日光过敏见于约 40%SLE 患者。紫外线照射可使 DNA 转化为胸腺嘧啶二聚体，后者抗原性强，或为诱发原因。新西兰鼠饲以含高量饱和或不饱和脂肪食物，生存率较食低脂肪食物者为低。猕猴饲以苜蓿可产生似狼疮症候，说明食物也可能有关联，但在人中尚无肯定资料。

（5）药物：服用某些药物如普鲁卡因酰胺、苯妥英钠、肼苯哒嗪可引起所谓之药物性狼疮，与自发的 SLE 有相似处。但也有不同点，如血清补体正常，无抗双链 DNA 抗体和抗 Sm 抗体，极少发生肾炎和中枢神经系统损害，停药后症状和自身抗体均可消失。目前尚无肯定证据何种药物引起自发性的 SLE。药物作为抗原或半抗原，引起药物过敏，有加重 SLE 可能。

2. 病理

虽然 SLE 的病因尚未阐明，但是 SLE 组织损伤的机理还比较清楚。循环中抗核抗体及其抗原的免疫复合体，特别是抗 DNA 和 DNA 复合体，可引起主要的病理变化。这些抗体和核抗原可存在于肾小球毛细血管基膜、皮肤的表皮和真皮连接部位。此外，在脑的脉络膜丛可见有丙种球蛋白的沉积。由于抗原一抗体复合物的沉积，在其处随之有补体固定，引起补体系统的激活，继之产生炎症的各种特性，诸如趋化性、毛细血管渗透性增加、吞噬作用增强等。必须着重指出，抗核抗体本身并无直接引起病理变化的作用，将这些抗体被动转移到其他人体，并不引起任何病理变化。此外，在 SLE 患者初生婴儿血液中可发现通过胎盘屏障的 IgG 抗核抗体，这些抗体并不引起该出生数月婴儿任何 SLE 疾病的临床征象。

SLE 病理形态学变化的差异很大，最常见的特征性病变是血管、肾脏、关节和皮肤。

（1）急性坏死性血管炎：多累及小动脉及微小动脉，且在许多病变的组织内。动脉炎的特征是类纤维素沉积在血管壁，慢性期血管呈纤维性增厚和管腔狭窄，随着血管周围淋巴细胞的浸润，可伴有显著水肿和基质增加。在脾脏，这些血管病变侵犯中心毛笔形动脉，形成一特征性的显著的血管周围纤维化，称之为“洋葱皮样”（onionskin）病损，并在血管壁找到 DNA、C_3 和免疫球蛋白。

（2）皮肤病理变化：皮肤是病变的常见累及部位，特别是鼻梁和面颊形成蝶形的特征性红斑；但红斑也可出现在四肢、躯干。荨麻疹、大疱、斑丘疹和溃疡也可发生。皮肤组织的病理变化是表皮萎缩，基底细胞或真皮基膜层液化变性或坏死，伴真皮和表皮连接部位水肿，在真皮有不同程度纤维化，有显著的血管周围单核细胞浸润和偶见血管壁类纤性变。免疫荧光检查，可见免疫球蛋白（Ig）和补体在表皮和真皮之间沉积，免疫球蛋白以 IgG 和 IgM 为主，有少量 IgA；补体以 C_{1q}、C_4 和 C_2 为主，也有备解素和因子 B，说明多糖、内毒素及其它物质也涉及发病机制。但在 SLE 患者无病变皮肤和部位也可见到 Ig 和补体。

（3）神经系统病变：神经系统病理变化有微小梗塞、弥漫性神经细胞减少、大或小的颅

内出血、小血管的血管炎、血管壁的部分坏死，以及小动脉内充满坏死性物质和多数微小梗塞。但亦有无特殊病变的报道，如一例生前癫痫发作、偏瘫，而尸检却无脑血管炎或脑损伤等异常发现，并认为SLE脑无特殊的病变。另有则认为脑病变主要是小血管，特别是小动脉和毛细血管。在某些血管内可见类纤维素性坏死和内膜增生性变化，微小动脉和毛细血管中有广泛的IgG和补体沉积，也可见有纤维蛋白栓塞和血管壁细胞的炎症性反应。有人认为这些病变类似过敏性脑病、风湿热和血栓性血小板减少性紫癜的脑病变。一般认为脑的病理变化不能解释临床征象，如有严重癫痫发作或精神病者，并无脑神经病变异常，或仅有的血管变化不能解释轻截瘫或感觉神经病变或器质性脑综合征的泛发疾病。免疫荧光可见在脉络膜丛有IgG和C_3及其他免疫球蛋白IgM、IgG沉积。

（4）心脏病理变化：SLE患者中的半数累及心脏，包括心包炎、心肌炎和心瓣膜及心内膜病变。心内膜病变称之为非细菌性疣赘性心内膜炎或Libman--sqcks心内膜炎，可在二尖瓣或三尖瓣发生赘生物（可以是小的赘疣，或是大而易碎的浆果样无定物质），大小可从直径1mm至3或4mm，可仅为1个或多个，以不定的形式发生在瓣膜的任何部位，但多见于血流前向的瓣膜表面。偶然赘生物可在瓣膜的联合部位和伸展到瓣膜的小叶背后。此外，在半月瓣上也有上述同样方式的赘疣，也可发生在半月瓣尖的窦内，偶可伸展至心室壁内膜或至腱索。这种心内膜炎的组织病理特征是增殖体或赘生物、基质增生、类纤维坏死。在后期，血管化增加，成纤维细胞增殖，中性粒细胞和单核细胞浸润，共同组成炎症性变化。赘疣本身部分为纤维蛋白，较特殊的是坏死性碎屑，为类纤维性物质和分解蜕变的纤维母细胞和炎症细胞的集中藏匿处，苏木精小体有时可在类纤维素物质内。机化可使赘疣转化为机化的结缔组织结节。在整个心脏心内膜、心肌的结缔组织内、束间结缔组织以及血管均可有急慢性炎症的局灶区，并含有类纤维素。心肌的小动脉和微小动脉可有细胞坏死性损伤，类纤维素在血管壁沉着。但心肌纤维的损伤，只有在显著急性病例血管的损伤严重，并有管腔血栓形成时才发生。心肌炎视程度不同，在小血管炎的基础上有间质水肿和小堆淋巴细胞与浆细胞浸润，纤维素性或胶原性心肌变性，甚至坏死和瘢痕灶。心肌病变可呈广泛性或散在局灶性，炎症可侵犯传导系统发生传导障碍；心肌广泛变性、萎缩，可导致心肌收缩功能受损。

（5）浆膜腔病变和心包病变：浆膜壁层的炎症可呈急性、慢性和亚急性。在急性期，间皮表面有纤维素性渗出物，以后增厚而不透明，呈衣状粗糙的纤维组织，并引起整个浆膜腔部分或全部闭塞。心包腔可呈大量积液，显微镜检呈水肿。亦可因纤维性愈合粘连而闭塞。局部性血管炎可伴有血管周围单核细胞炎症性浸润和类纤维坏死，有时含有苏木精小体。急性期可及时为纤维增生所替代并伴弥漫性或局灶性的淋巴细胞和浆细胞浸润。

（6）肾脏病变：SLE时，两侧肾脏增大，有时可达200克，其表面光滑，有点状出血。用光学显微镜（简称光镜）检查，约60～70%患者肾脏有病变；而用电子显微镜和免疫荧光检查（包括活组织检查资料）100%肾脏有异常。①光镜所见：a. 肾小球病变：肾小球病变多种多样，各种病变在一病变区并不全部显现。常见病变有基膜增厚、线圈样病变、类纤维病变、球丛细胞大量增生和坏死、透明物质栓塞、肾小球囊粘连、纤维上皮细胞半月体形成等。其中，线圈样病变为SLE肾脏病变的特征性表现。线圈样病变的特征：以苏木精染色，可见基膜增厚的局部有大量嗜酸性细胞浸润，类似弯曲线圈，圈袢由内皮细胞和上皮细胞之间的类纤维物质组成。这种类纤维物质在基膜的内皮细胞侧。所谓线状袢或线圈样者，是因为基膜呈不规则或节段性增厚，而有“僵硬化”的直观感觉，再加上肾小球毛细血管灶性坏死含透

明栓与细胞浸润，内皮细胞增生，乃构成这种特征性病变。b. 肾小管病变：常见为肾小管变性，肾小管细胞肿胀，且有时含有 PAS 糖原染色阳性颗粒。集合管常见有萎缩，伴有核固缩，基膜增厚及萎缩。肾小管显著扩张。c. 肾间质病变：常见为间质水肿，并将肾小管相互分隔。慢性者有散在性斑点状分布的纤维化组织，病程愈长纤维化愈显著。间质及纤维化组织中有淋巴细胞、浆细胞及组织细胞散在浸润。d. 血管病变：呈类纤维性病变。在小动脉壁病变轻微，细小动脉呈坏死性动脉炎现象的类纤维化变性，伴轻度血管周围细胞浸润，这是本病特征性的血管壁硬化病变。有呈坏死性血管炎的病变者，可累及所有肾小动脉及部分叶间动脉，其特征为血管壁无细胞坏死，有蛋白栓子阻塞管腔，管壁很少或无白细胞浸润。②病理分型与电镜所见：a. 病理分型：Baldwin 氏将 SLE 肾脏病变分为 4 大类型，即局部增殖型（FPLN）、弥漫增殖型（PPLN）、膜型（MLN）和系膜型（Mes LN）。b. 电镜下各型组织学变化：在弥漫增殖型患者，基膜内皮细胞侧常见电子致密颗粒物沉积。在肾小球的系膜部分与基膜上皮细胞侧，亦可见到同样沉积物。这些物质是免疫复合体，含有球蛋白及补体。所谓线圈样病变是由分裂的两层基膜之间，或基膜内皮细胞侧，大量沉积的黑色颗粒样物质所组成。病情严重者，沉积物大而多，尤以系膜及内皮下区域为著；病情缓解时，沉积物亦明显减少。局灶增殖型患者，沉积物主要在系膜区，偶尔在内皮细胞下、上皮细胞下及膜间见到。膜型者，沉积物小而散在于系膜区。系膜型者，系膜区均有沉积物，偶尔在相应基膜处亦有。

（7）关节滑膜病变及其他病理变化：①关节滑膜病变：光镜可见滑膜面有纤维蛋白样物质，但用染纤维蛋白的染色法不能显出。滑膜内衬细胞增生，伴有血管周围炎症反应，以单核细胞为主浸润。小血管可呈炎症性浸润或血管炎，血管壁有类纤维坏死。滑膜内偶可见有核固缩和无定形嗜苏木精物质。由于机化栓子，炎症细胞和增大的内皮细胞可使管腔闭塞，并见血管周围纤维化。虽有滑膜炎症和血管病变，但有报道无临床征象者。电镜研究显示内衬细胞（lining cells，内被细胞）增生是由吞噬细胞、合成细胞（synthetic cells）和中间细胞（intermediate）所组成。红细胞和多形核细胞从小静脉内皮细胞间小孔溢出。并有几种类型的血管内皮细胞包含体，有的有微管聚集，提示副粘病毒在完整的小静脉内皮细胞内浆网侧；有的小静脉内皮细胞异常：有的有无法解释的电子致密物包含体，类似核染色体的致密物；或在血管内皮细胞下，有类似狼疮肾炎的致密物质。关节病变常见，典型病损是非糜烂性滑膜炎，伴轻度畸形。急性期有中性粒细胞和纤维蛋白在滑膜液中渗出，滑膜组织下血管周围单核细胞浸润。②脾脏：可显著或中度增大，包膜常增厚。因滤泡增生，在脾髓中浆细胞多见，并含有 IgG 和 IgM。脾中心毛笔动脉显示增厚和血管周围纤维化，产生所谓“洋葱皮样病损”。③肺、胸膜病理变化：肺病变起始为血管炎，继之血管周围炎，以后波及肺间质及实质，呈间质组织、肺泡壁和毛细血管的纤维蛋白样变性、坏死和透明性变，伴有淋巴细胞和浆细胞浸润。50%以上患者发生胸膜炎，与心包炎变化相似。

二、中医病因病机

1. 病因

本病在祖国医学既往文献中无此病名，近 40 余年来赵炳南、朱仁康、任继学等中医专家对此病进行了临床探索，认为本病病因可分内因、外因两方面。

内因：三焦内损，气血不畅。本病的发生多因先天禀赋不足，肾精肾气亏耗；或因七情过激，内伤五脏；或因劳累过度，内伤心脾；或因房事失节，耗竭真元，导致三焦内损，气血运行不畅，气滞血瘀，经络阻隔。

外因：日光曝晒，外受热毒。本病多数患者与强烈日光的曝晒有关，而且病后若被日光照射则会促使症状加重。故外受热毒是诱发本病的重要条件。

2. 病机

(1) 热伤血络，血热外溢：热毒内攻，迫血妄行，血热外溢，凝滞于肌肤则见皮肤红斑。

(2) 毒热凝滞，痹阻经络：可发为关节肿痛。

(3) 毒热炽盛：临床上表现为高烧、烦渴，甚则神昏谵语。

(4) 毒邪攻心：可见心悸、烦躁，甚则神志恍惚。

(5) 毒邪伤肝：毒邪犯肝、灼阴耗血、肝脾失和，则见纳呆、食少、胸闷、胁痛、腹胀、乏力等症。

(6) 热耗阴血：在热毒炽盛的病理过程后，阴血耗伤，表现为长期低热，手足心热，心烦无力，懒言，面色浮红，自汗盗汗，关节痛，足跟痛，腰痛，脱发。

(7) 肾阴亏损：五脏之伤，穷必及肾，加之本病在大多数病例都有一个反复发热的过程，故肾阴多易亏损。临床上除具有低热颧红、五心烦热、盗汗等阴虚见症外，且伴腰酸腿痛、发脱齿摇、耳目失聪等肾虚见症。

(8) 阴损及阳：肾阴亏极，阳无所附，终至阴阳两虚，甚则肾阳式微，以致阳虚水泛，可见周身浮肿、尿少等症。

第三节 诊 断

一、辨病·西医诊断

(一) 症状与体征

Dubois 曾给 SLE 下过这样的定义：一个原因不明的临床症候群，表现为多系统病变、阵发性演变，累及一个或几个器官，间有多次缓解。本病症状多样而错综复杂，现简述如下：

(1) 皮疹：约有 84%患者在面颊两侧、鼻梁、前额、下颌、耳缘等处，发生红斑、瘀斑，其中以面颊部位的红斑更具有诊断价值；72%病人发生脱发；19%病人伴有指（趾）端青紫冰冷和毛细血管扩张；10%在四肢伸侧发生血管炎，或由此而导致大小不等的溃疡。此外，在皮肤上还能见到斑丘疹、丹毒样皮疹、大疱样皮疹、糜烂、结痂以及紫癜等多形性变化。

(2) 发热：约占 92%以上，各种热型都可见及，长期低热较多见。当病情处于急性活动阶段时，体温可骤然升到 40℃左右。

(3) 骨关节、肌肉：90%以上病例有关节疼痛，有时周围软组织肿胀，有时像风湿性关节炎，呈游走性、多发性，且可呈红肿热痛；或表现为慢性进行性多发性关节炎。5%～40%病例髋、肩和膝等关节可发生无菌性缺血性骨坏死，股骨头最常累及。其次肱骨头、胫骨头和胫骨嵴等亦可受累及，为一侧或双侧。急性期约有 1/3 病例出现肌痛。

（4）肾：约75%病例受累，经肾活检有肾损害者占80～90%，尸检发现率几乎达100%，表现为肾炎或肾病综合征。肾炎时尿中出现红细胞、白细胞、蛋白质和管型。肾功能测定早期往往正常，逐渐进展，后期可出现尿毒症。肾穿刺活检所见病理变化可分为局灶性增殖型肾炎和弥漫性增殖型肾炎。前者较轻，后者较剧且进展较快，预后差。肾病综合征分为真性和假性两种。所谓真性者指具有典型肾病综合征的临床和实验室表现，即全身浮肿，伴不等程度腹水、胸腔和心包积液、大量蛋白尿、血清白蛋白降低、白球蛋白比例倒置、胆固醇增高，高血压不多见，两种球蛋白多数正常或偏高。与所谓假性狼疮性肾病综合征不同者，为后者血胆固醇正常或低下，病情较重且预后差。肾病综合征的病理变化为膜性肾小球肾炎，或弥漫性增殖性肾小球肾炎，后者除大量蛋白尿外，尿中可有较多红细胞和管型，肾功能受损和高血压。亦有部分病例仅有轻度蛋白尿而无任何肾脏损害的临床征象。

（5）心血管：约有52%～82%病人有心脏病变。心包炎最多见，以干性为多，为纤维素性心包炎，也可能积液；积液多时可见心包填塞症状。如二层心包粘连，可使心包腔闭塞，造成缩窄性心包炎。患者除心前区不适及气急外，最主要的症状是心前区疼痛和心包摩擦音或心影增大，心音减弱，超声心动图检查诊断率高，心包积液中可查见LE细胞。心肌炎常见，可有气短、心前区疼痛、心动过速、心音减弱、奔马律、脉压小，继之出现心脏扩大，可导致心力衰竭。心电图可出现相应改变如低电压、ST段抬高、T波平坦或倒置、PR间期延长。典型疣状心内膜炎在生前较难作出诊断，常与心包炎并存，主要是壁层心内膜受损，症状不明显。50%病例可有动脉炎和静脉炎，常见者为锁骨下静脉的血栓性静脉炎。少数可出现冠状动脉炎，临床上可因冠状动脉供血不足而发生心绞痛，甚至由于血栓形成而引起心肌梗塞。此外尚有部分病例可有周围血管病变如血栓闭塞性脉管炎和游走性静脉炎等。

（6）呼吸系统：主要表现为支气管肺炎，干性或渗出性胸膜炎。患者常有咳嗽、多痰、呼吸困难、紫绀、胸痛等症状。胸腔积液中可找到LE细胞。

（7）神经系统：神经系统病变约占1/4，往往在急性期或终末期出现。可表现为各种精神障碍如躁动、幻觉、猜疑、妄想、强迫观念等。也可以出现多种神经系统症状，如中枢神经受累可出现颅压增高、脑膜炎、脑炎、脑血管意外、脊髓炎及蛛网膜下腔出血等，并出现相应症状如头痛、恶心、呕吐、颈项强直、惊厥、昏迷、偏瘫、截瘫，病变严重时可导致死亡。颅神经亦可受累（常见的为Ⅲ、Ⅴ、Ⅵ、Ⅶ神经），周围神经病变少见。

（8）消化系统：约40%病例有消化道症状，常见有食欲减退、吞咽困难、恶心、呕吐、腹痛、腹泻、腹水、便血等。腹痛可能与腹膜炎、肠炎、肠系膜炎或腹膜后结缔组织病变有关，多为脐周隐痛，严重时类似外科急腹症。胃肠道病变主要是血管壁病变的结果。

（9）淋巴网状系统：约半数人有局部或全身淋巴结肿大，以颈、腋下肿大为多见。肿大淋巴结一般无压痛，质软，有时肿大很明显，以致误诊为淋巴结核和淋巴瘤。病理检查示非特异性炎症。约1/3病例有肝肿大，极少引起黄疸和肝硬化。1/5病例有脾肿大。

（10）血液改变：几乎所有SLE病人均出现血液异常。①贫血：最常见，约占57%～78%，大多为正细胞正色素性贫血，对铁剂治疗反应不显著。10%出现自身免疫性贫血，造成获得性自身免疫性溶血性贫血抗体是“温型”抗体，主要是IgG，偶为IgM，罕见IgA。②白细胞减少：大约1/2白细胞减少，一般为粒细胞和/或淋巴细胞减少。③血小板减少：约有14%～26%血小板轻度减少，重度减少者少见。

（11）眼部病变：常见有结膜炎、角膜溃疡、脉络膜炎。约1/3眼底有变化，如视网膜出

血、水肿及视神经乳头水肿、充血等。

SLE 可以和其他典型结缔组织病如皮肌炎、硬皮病、类风湿性关节炎等重叠，或先后发病。还可以合并其他自身免疫性疾病如重症肌无力病、桥本氏甲状腺炎、天疱疮和类天疱疮等。有报告与结缔组织的近缘疾病如干燥综合征、白塞氏病等重叠。在各型 SLE 中发现有“过渡型”存在。

（二）实验室检查

1. 一般检查

常有正细胞正色素性贫血，5%～10%有溶血性贫血，Coombs 试验阳性。约 50%病人白细胞<4，000/μl，淋巴细胞绝对计数降低。1/3 患者有血小板减少，血沉常增快。

2. 免疫学检查

（1）LE 细胞：SLE 阳性率 60%左右，不如测抗核抗体简便可靠。

（2）抗核抗体：用鼠肝作为底物（核抗原），应用间接免疫荧光法检查阳性率在 90%以上，抗核抗体阴性对诊断 SLE 很不利。但阴性结果不一定是真阴性，如改用 HEP-2 细胞为底物再查，也可能又呈阳性结果。抗核抗体效价与病情进展不一定平行，但可作为参考。

（3）抗双链 DNA 抗体：对 SLE 特异性高，高效价在其他疾病少见，阳性率约为 65%。以放射免疫法（Farr 法）测定，正常结合率在 20%以下。还可以马疫锥虫、短膜虫为底物，用间接免疫荧光法测定。抗 DNA 抗体效价随病情缓解而下降。

（4）抗 Sm 抗体：约在 30%SLE 中阳性，因几乎仅在 SLE 中阳性，故被称为 SLE 的标记抗体。

（5）血清补体测定：约 75%～90%的 SLE 血清中补体减少，尤其在活动期，以 C_3 为著，但在风湿热、类风湿性关节炎、皮肌炎和硬皮病中，补体不减少，故有助于与 SLE 区别。

（6）免疫病理检查：①肾穿刺活组织检查：取肾活组织作常规切片，用荧光标记各种抗人免疫球蛋白和补体成分抗体直接和其相应的抗原作用，在荧光显微镜下可见到染有荧光的免疫复合物在肾小球基底膜或系膜上呈不规则或颗粒状沉积。②皮肤狼疮带试验（lupus band test，LBT）：应用直接荧光法在患者皮肤的表皮和真皮连接处，可见到免疫球蛋白和补体的沉积，呈颗粒状、球状或线条状排列的明亮的黄绿荧光带。在 SLE 的正常皮肤暴露部位，阳性率为 50～70%。皮损部位则可高达 90%以上。IgG 沉积较 IgM 沉积更具有诊断意义。

（三）诊断要点

1. 诊断

美国风湿病学会 1982 年修订的 SLE 诊断标准：

（1）颧颊部红斑：遍及颧部的扁平或高出皮肤固定性红斑，常不累及鼻唇沟部位。

（2）盘状狼疮：隆起红斑上复有角质性鳞屑和毛囊栓塞，旧病灶可有皮肤萎缩性疤痕。

（3）光敏感：日光照射引起皮肤过敏。

（4）口腔溃疡：口腔或鼻咽部无痛性溃疡。

（5）关节炎：非侵蚀性关节炎，累及 2 个或 2 个以上周围关节，特征为关节的肿、痛或渗液。

（6）胸膜炎或心包炎。

（7）肾脏病变：①蛋白尿＞0.5g/天或＞卅；或②细胞管型——可为红细胞、血红蛋白、颗粒管型或混合管型。

（8）抽搐或精神病。

（9）血液学异常：溶血性贫血伴网织红细胞增多，或白细胞减少，或淋巴细胞减少，或血小板减少。

（10）免疫学异常：LE 细胞阳性，或抗 dsDNA 抗体阳性，或抗 Sm 抗体阳性，或梅毒血清试验假阳性。

（11）荧光抗核抗体阳性。

在 11 项中符合 4 项或 4 项以上者即可诊断为 SLE。

在验证美国上述标准的基础上，我国风湿病学会建议可采用以下诊断标准，13 项中符合 4 项即可确诊。13 项为：①蝶形红斑或盘形红斑；②光过敏；③口腔溃疡；④非畸形关节炎或关节痛；⑤浆膜炎（胸膜炎或心包炎）；⑥肾炎（蛋白尿或管型尿或血尿）；⑦神经系统损伤（抽搐或精神症状）；⑧血象异常（WBC＜4000/μl 或血小板＜80000/μl 或溶血性贫血）；⑨狼疮细胞或抗双链 DNA 抗体阳性；⑩抗 Sm 抗体阳性；⑪抗核抗体阳性；⑫狼疮带试验阳性；⑬C_3 补体低于正常。

2. **鉴别诊断**

SLE 应与其他风湿病相鉴别。临床上一些病例由于考虑、检查不周，最初甚至长时间诊断为类风湿性关节炎、肾炎或肾病、溶血性贫血、血小板减少性紫癜，最后才确诊为 SLE。

二、辨证·中医诊断

（一）辨证要点

本病属中医杂证范畴，具有病位广泛、病因复杂、病情多变、预后多半不佳的特点。因此，在辨证时要注意以下 3 点：①抓住疾病过程中的主要症状，围绕主要症状进行辨证。如以发热为主时，首要辨其系外感发热，还是内伤发热；若确定为外感发热，还须辨其热在卫气营血之何分。又如，以关节疼痛为主时，可按痹病辨证。余可类推。②抓住疾病过程中的病位，在定位的基础上再行定性辨证。如出现心悸时，定位在心。但引起心悸之原因、心悸之性质，还须进一步辨明。③注意邪实与正虚之间的转化与交叉，辨清是邪实为主，还是正虚为主，或者是正虚与邪实并见。

（二）辨证分型

1. **热毒炽盛证**

[临床表现] 突然出现高热或高热持续不退，面部或其他部位皮肤出现红斑或出血斑，全身肌肉酸痛，关节疼痛，烦热不眠，精神恍惚，严重时神昏、谵语、抽搐；或可见吐血、衄血、便血等症，渴思饮冷，舌质红或紫暗，舌苔黄白腻或见光面舌，脉象数而软。

[辨证分析] 邪毒内侵，气血两燔，故见高热烦渴，皮肤红斑或出血斑；毒热凝滞，阻隔经络，故见关节、肌肉疼痛；热扰心神，故见神志恍惚，甚则神昏、谵语；毒热内炽，引动肝风，则抽搐；热迫血行，溢于脉外，则见吐血、衄血、便血；渴思饮冷，为热盛津伤，故

引水自救；舌红或紫为邪热内炽之象；挟有湿邪，则见苔黄白腻；津液受伤，阴分已亏，则出现光面舌；脉数为热之征，热伤津气，则虽数而无力。

2. **阴血亏虚证**

[临床表现] 常于高热之后出现。长期低热，手足心热，心烦，乏力，懒言，面色浮红，自汗，盗汗，关节痛，足跟痛，腰痛，脱发；或视物不清，舌质红，镜面舌或苔白，脉细数无力，或见芤脉。

[辨证分析] 高热之后，阴血耗损，阴不济阳，便出现虚热证候，如长期低热、手足心热、心烦、面色浮红之类；血以载气，血不足则气亦随虚，故见乏力、懒言、自汗；阴不敛阳，阳气外浮，津随浮阳外泄，便出现盗汗；精血同源，阴血既亏，精气亦损，不能滋养，便见关节痛、足跟痛、腰痛、脱发；阴血亏虚，不能养肝营目，可致视物不清；舌红或镜面舌为阴虚内热之象；脉细数无力亦为阴虚内热之象，出现芤脉系因阴血耗损，气亦不足。

3. **毒邪攻心证**

[临床表现] 心悸，气短，活动后加剧，胸闷憋气，烦热，自汗不眠，心神不安，面色苍白，四肢逆冷，舌质淡，苔薄白，脉细弱或见结代脉。

[辨证分析] 毒邪攻心，心火亢盛，故见胸中烦热，夜不能寐；毒热耗伤心气心阴，故见心悸，气短，动则加剧，甚则面色苍白，四肢逆冷；舌淡脉细弱，为心气虚之象；毒邪攻心，心气受损，运血无力，可见脉结代。

4. **邪热伤肝证**

[临床表现] 食纳不佳，两胁疼痛，腹胀，头晕，失眠，痛经，月经不调，闭经，皮肤红斑、瘀斑；或舌有瘀斑。

[辨证分析] 邪热损伤肝阴，肝阴虚不能制阳，虚阳上扰清窍，则见头晕失眠；肝血不足，月经乏源，可致月经涩少，或闭经；肝血虚，濡润不及，可致肝气郁滞，肝胃不和，则两胁疼痛，食纳不佳，腹胀，痛经。

5. **肾阴亏损证**

[临床表现] 腰痛，腿痛，足跟痛．四肢无力；或伴肢端发凉发白，面部发热，甚或口舌生疮，五心烦热，精神萎靡，有时低热、浮肿，舌质淡或尖红，或舌体胖嫩，脉沉细无力。

[辨证分析] 毒邪侵及肾脏，导致肾阴亏损，故见腰痛、腿痛、足跟痛等肾虚症状；阴虚阳浮，虚热上扰，可见面部发热，甚或口舌生疮、五心烦热、低热；肢端发凉发白，是因瘀阻络脉，此由久病入络之故；阴亏气乏，可见精神萎靡；肾虚关门不利，水液失于通调，可致浮肿；舌胖嫩为内虚之象，挟虚热则舌红，偏于气虚则舌淡；脉沉细无力，为阴精匮乏之征。

6. **脾肾阳虚证**

[临床表现] 面色㿠白，颜面手足浮肿，腰痛腹胀，尿少，便溏，全身乏力，畏寒肢凉、或现紫绀，舌淡面胖，或有齿痕；脉沉细尺弱。

[辨证分析] 病久损伤脾肾，脾肾阳虚，或因久热阴损及阳，而致阴阳俱虚，气血双亏脾阳虚运化不及，水湿停聚，可见颜面手足浮肿、腹胀、便溏；脾虚生气乏源，可见全身乏力；阳虚不能温煦，则见畏寒肢冷；肾虚，故腰痛；肾虚气化不利，故尿少；舌淡胖、脉沉细尺弱为脾肾阳虚之象。

7. **心脾两伤证**

[临床表现] 心慌气短，面色白㿠白，胸闷不适，健忘失眠，夜难入睡，少食或厌食，周身困倦，舌质淡红，苔少或薄白，脉虚细。

[辨证分析] 久病损伤心脾，气血两虚。血虚不足以养心则心慌气短，不荣于面则面色白㿠白，血虚不能充养心脉，气虚无力推动血行则心脉虚滞；胸部不适，甚则闷痛，活动则加剧；“血气者，人之神”，气血双亏，心神失养，故健忘失眠；脾虚运化无力，则少食或厌食；生气乏源，则周身困倦；舌质淡红，脉虚细，均为气血亏虚之象；苔少或薄白，则内无实邪可知。

8. 肝风内动证

[临床表现] 多发生在本病的后期。壮热不退，兴奋多语，或哭笑无常，时有动风抽搐或惊厥，或惊痫狂动，或沉默寡言，昏睡不醒，面瘫或偏瘫，舌质红或绛红，苔光如镜，或呈焦黄，脉弦细。

[辨证分析] 邪热久羁，阴分已伤，阴不制阳，故壮热不退；热动肝风，则发为抽搐、惊厥、惊痫；热扰心神，则兴奋多语，或哭笑无常，热陷心包则昏睡不醒；真阴大伤，筋失所养，可发为面瘫或偏瘫；舌红绛，乃热邪深重，苔光如镜为阴伤之证，苔呈焦黄，为邪热内炽；脉弦细，示肝阴大亏。

第四节　治　疗

一、西医西药治疗

（一）常规治疗

1. 一般治疗

急性活动期病人应卧床休息，慢性期或病情稳定期的病人可适当参加社会活动，注意劳逸结合，适当锻炼，保持乐观情绪。有感染者应积极控制感染。有光敏感者，应避免皮肤直接暴露于阳光，可用阳伞或戴宽边帽，穿长袖衣裤。避免服用可引起药物性狼疮的药物。未生育的妇女应严格避孕，待病情长期稳定后再考虑妊娠。分娩前需加强药物治疗，防止复发。

2. 药物治疗

（1）非甾体类抗炎药：可选用下列药物：阿斯匹林 2～6g/日，分次口服；吲哚美辛（消炎痛）50～75mg/日，分次口服；布洛芬 1.2～1.8g/日，分次口服；萘普生 0.5～0.75g/日，分次口服；氯喹 0.25g，每日 1～2 次；羟氯喹 200～400mg/日，分次口服。

上述药抑制前列腺素合成，影响肾血流灌注，对有肾炎者使用应小心。还需密切注意消化道副反应。氯喹口服后主要积聚于皮肤，能抑制 DNA 与抗 DNA 抗体的结合，对控制 SLE 皮疹、光敏感和关节症状有一定效果。由于氯喹衍生物排泄缓慢，长期应用在体内积储，可引起视网膜退行性病变。早期停药可以逆转，为预防眼部病变，宜定期检查眼底。

（2）糖皮质激素类药：①对典型 SLE，尤其伴有 SLE 肾炎者，皮质类固醇激素是本病首选药物。第二届全国风湿病会议推荐小剂量长疗程治疗方案：强的松＜200mg/日，清晨顿服，出现疗效后逐渐减量至 10～15mg/日，长期维持，可使 SLE 病情稳定，ANA 抗体效价下降，

甚至 LE 细胞转阴。减量方法是每周减 5mg，直减至每日 20～30mg 时，减量速度宜更缓慢，多数病人于 1 年以后能以每日 10～15mg 或更小剂量维持。如在减量过程中症状又反跳，则应试用减量前的剂量加 5mg 予以维持。维持量时间宜较长，当以年计。②重症 SLE，尤其并发红斑狼疮脑病者及急性暴发性 SLE 经一般剂量激素治疗无效者，或狼疮性肾炎近期内肾功能恶化、血清肌酐升高者，适合于大剂量甲基强的松龙静脉滴注冲击疗法（IV-MP）。即以甲基强的松龙（MP）1000mg 加于 5%葡萄糖液 500ml 中，4 小时内静滴完毕，每日 1 次，连续 3 日为 1 疗程；第 4 日起口服强的松 20～30mg/日，1 个月后逐渐减量。部分患者亦可并用环磷酰胺 200mg 静脉推注，每周 2 次。IV-MP 若 1 疗程超过 5000mg，易并发感染；注射速度过快可导致突然心跳停止，一般至少滴注 30 分钟以上。亦有报道用氟美松 20～30mg/日，1 个疗程后逐渐减量。

（3）免疫抑制剂：适用于使用激素疗效差或由于副作用不能使用激素者。环磷酰胺 200mg，静脉注射，每日 1 次或隔日 1 次，总剂量达 4～6g 时改为口服。对重症 SLE 在激素治疗过程中，并用环磷酰胺可减少激素用量和副作用，也有助于激素的递减和撤除。免疫抑制剂主要适用于激素减量后疾病易复发，激素有效但用量过大出现严重副作用。以及狼疮性肾炎、脑病等重型难以用激素控制的 SLE 患者。其主要毒性作用为骨髓抑制、性腺萎缩、致畸胎、出血性膀胱炎、脱发等。近年来有主张环磷酰胺亦可行冲击疗法，如 0.5～1.0g/m^2 体表面积静脉滴入，3 周后重复。病情好转拉长间隔时间至每 3 个月 1 次维持。

（4）其他药物：胸腺素 5～20mg、每日 1 次，肌肉注射；左旋咪唑 50mg，每日 3 次，连用 3 日，停用 10 日．为 1 疗程；或每周连续用药 2～3 日，每日 150mg；转移因子 4ml/次，上臂内侧皮下注射，每周 3 次，3 个月为 1 疗程。

（5）血浆置换术：严重 SLE 大剂量激素治疗无效者可作血浆置换。

（二）对症治疗

当肾脏受累发生高血压时，应给予适当的降压或纠正继发于肾功能不全所发生的水电解质代谢紊乱，尿毒症时可用血液透析疗法。当发生抽风或颅神经麻痹及精神失常时，在全身治疗的基础上，尚需应用解痉剂和营养神经的药物，如鲁米那、B 族维生素类等。有严重心力衰竭者，可适当给予洋地黄、血管扩张剂协同激素控制心力衰竭。有继发感染时，应及时应用抗生素等。与其他自身免疫病重叠者，如与桥本氏甲状腺炎、糖尿病、甲状腺机能亢进症等重叠时，均应对其重叠的疾病进行适当处理。

（三）并发症治疗

1．过敏

本病易发生药物过敏，且表现较重，一旦过敏则容易逆转或加重病情。容易发生过敏的药物有青霉素、磺胺类、普鲁卡因酰胺等。故 SLE 病人应禁用以上药物。一旦发生过敏，应采取恰当治疗措施，及时处理。

2．感染

是常见的并发症，也是最常见的死因及恶化病情的主要因素。易感染的原因与长期应用免疫抑制剂、尿毒症及疾病本身的免疫功能低下有关。肺炎、肾盂肾炎、败血症为本病最常见的并发症。致病菌较多，如金黄色葡萄球菌、奴卡氏菌、假单胞杆菌、变形杆菌、隐球菌、

结核杆菌和巨细胞病毒等。感染中因长期服用肾上腺皮质激素，发生结核扩散者不在少数，必须引起高度重视。针对感染的致病菌进行有针对性的治疗至关重要。如发生感染，应采取有力措施，予以及时处理。

二、中医中药治疗

（一）辨证论治

1. 热毒炽盛证

[治法] 清热解毒，凉血护阴。

[方药] 玄参汤。

生玳瑁 6～12 克，干生地 30～60 克，金银花炭 15～30 克，白茅根 30 克，丹皮 10 克，花粉 15 克，玄参 15～30 克，黄柏 15 克，知母 10 克，石斛 15～30 克。

[加减] 毒热盛者加大黄、黄连、漏芦；高烧不退时可用羚羊粉 0.6 克冲服；低烧持续不退时可加地骨皮、银柴胡；邪热盛者加秦艽、乌梢蛇；毒热下注、小便淋漓者可加海金砂、车前子。

[分析] 本方为赵炳南经验方。方中玳瑁镇心平肝，清热解毒；金银花炭、黄柏、知母、花粉清热解毒；丹皮、白茅根、生地养阴清热凉血；玄参、石斛养阴清热。

2. 阴血亏虚证

[治法] 养阴补血，凉血解毒。

[方药] 斛玄汤。

南北沙参各 15～30 克，石斛 15～30 克，玄参 15～30 克，丹参 6～15 克，玉竹 10～15 克，党参 10～15 克，生黄芪 10～30 克，当归 10～15 克，乌梢蛇 10 克，赤白芍 10～15 克，秦艽 10 克。

[加减] 脾虚明显时加白术、茯苓、陈皮；热毒盛加漏芦、金银花炭；胸闷气憋者加石莲子、荷梗；心慌、失眠者加紫石英、石莲子、茯神；头晕明显者加菟蔚子、钩藤、川芎、菊花。

[分析] 本方为赵炳南经验方。方中当归、黄芪、党参、白芍补气养血；沙参、石斛、玄参、玉竹养阴清热；乌蛇、秦艽通经络，解毒。其余加减诸法均各具针对性。

3. 毒邪攻心证

[治法] 养阴益气，解毒安神。

[方药] 复方紫石英汤。

紫石英 30 克，石莲子 10 克，白人参 10 克，南北沙参各 30 克，生黄芪 15～30 克，当归 10 克，秦艽 15 克，乌蛇 10 克，川连 6 克，远志 10 克，丹参 15 克，合欢花 10 克。

[加减] 脾虚明显加党参、白术；胸闷气郁者加厚朴、苏梗；阴虚明显加玉竹、黄精、冬虫夏草。

[分析] 本方为赵炳南经验方。方中紫石英甘温无毒，上能镇心，下能益肝，配合石莲子、远志、合欢花、川连清心热，安心神；白人参、南北沙参、生芪、当归、丹参补益气阴，养血安神，活血通络；秦艽、乌梢蛇解毒通络。

4. 邪热伤肝证

[治法] 滋阴解毒，化瘀通络。

[方药] 复方玉贞汤。

女贞子 30 克，玉竹 10 克，黄芪 30 克，丹参 15 克，丹皮 10 克，党参 15 克，秦艽 15 克，乌梢蛇 10 克，漏芦 10 克，赤白芍各 15 克，川连 6 克，玄胡 10 克。

[加减] 血瘀明显者加鬼箭羽、三棱、莪术、川军；腹胀胁痛明显者加厚朴、陈皮、香附；气虚毒热未清者重用黄芪、乌梢蛇、秦艽；血热红斑明显者加凌霄花、鸡冠花、玫瑰花。

[分析] 本方为赵炳南经验方。方中女贞子、赤白芍、玉竹养肝益阴；党参、黄芪补气；丹参、玄胡、丹皮活血凉血化瘀；秦艽、乌梢蛇、漏芦、川连清热解毒通经。

5. 肾阴亏损证

[治法] 滋阴补肾，活血解毒。

[方药] 复方枸杞汤。

枸杞子 10 克，女贞子 15 克，川连 10 克，黄芪 15～30 克，黄柏 10 克，白芍 10 克，党参 10 克，山萸肉 10 克，乌梢蛇 10 克，秦艽 10 克，丹参 10 克，南北沙参各 30 克。

[加减] 下焦湿热明显者加车前子、萆薢、瞿麦；腰脊疼痛者加菟丝子、川断；关节肿痛者加徐长卿、刘寄奴、伸筋草、松节、鸡血藤。

[分析] 本方为赵炳南经验方。方中枸杞子、女贞子、山萸肉滋阴补肾；党参、白术健脾；南北沙参、白芍、生黄芪补益气阴；丹参、乌梢蛇活血解毒通络；黄柏、川连、秦艽解毒清火。

6. 脾肾阳虚证

[治法] 温肾壮阳，健脾利湿。

[方药] 朱仁康经验方。

黄芪 15 克，茯苓 9 克，山药 9 克，炒白术 9 克，菟丝子 9 克，淮牛膝 9 克，川断 9 克，仙灵脾 9 克，巴戟天 9 克，葫芦巴 9 克，车前子 6 克。

[加减] 如见阴阳俱虚之证，加龟板、知母、黄柏之类；肾虚不能固摄而尿频，去车前子、牛膝，加固摄之品，如桑螵蛸、五味子。

[分析] 脾肾阳虚，水气上泛则浮肿，虚阳上浮则升火，阳气不达四肢则肢凉紫绀，故用鹿角胶、菟丝子、仙灵脾、续断、巴戟天、葫芦巴等温肾壮阳。脾虚失于健运则便溏肢倦，故佐以白术、茯苓、山药健脾。命门火衰，不能蒸化，水湿内停则尿少腹胀，故以牛膝、车前子，令水湿下达。

7. 心脾两伤证

[治法] 养心健脾，益气补血。

[方药] 归脾汤加减。

党参 15 克，白术 10 克，黄芪 30 克，当归 10 克，茯苓 10 克，远志 6 克，枣仁 15 克，木香 6 克，龙眼肉 30 克，生姜 5 克，大枣 10 克，干地黄 15 克，天冬 15 克，麦冬 15 克，炙甘草 6 克。

[分析] 方中党参、黄芪补心脾之气；当归、龙眼肉补心血；枣仁、远志、茯苓健脾化痰、宁心安神；白术健脾；木香理气，使补而不滞；生姜、大枣调和营卫；炙甘草补中，助白术健脾。由于本病常在发热后出现心脾两伤证的同时伴随阴虚见证，故加入干地黄、二冬养阴。

8. **肝风内动证**

[治法] 凉肝熄风。

[方药] 羚羊钩藤汤加减。

羚羊角 1.5 克（锉末，冲服），钩藤 10 克（后下），竹茹 6 克，白芍 15 克，赤芍 15 克，茯苓 10 克，桑叶 6 克，菊花 10 克，鲜生地 15 克，川贝母 12 克，生甘草 2.5 克。

[加减] 临床上常加五味子、石菖蒲、远志等。

[分析] 肝风内动，多由热邪内陷厥阴所致。方中羚羊角清肝泻火，平肝熄风，配熄风定晕之钩藤为主药；生地、桑叶、菊花、白芍、赤芍凉肝熄风；肝风内动，常挟热痰为患，故用川贝母、竹茹化热痰，茯苓健脾化痰以安心神；生甘草泻火解毒。加五味子以敛由于内热耗散之阴气，菖蒲、远志交通心肾而化痰醒神，促使患者复苏。

（二）验方治疗

1. **二参二地汤（编者拟名）**[1]

[组成] 生熟地各 15～30 克，知母 12 克，山萸肉 15 克，玄参 10～15 克，丹皮 10～20 克，赤白芍各 15～20 克，茯苓 20 克，牛膝 10～20 克，旱莲草 15～30 克，白花蛇舌草 30 克，丹参 30 克，蚤休 30 克。

[加减] 低热不退加青蒿、地骨皮；盗汗加五味子、莲心、淮小麦；脱发加首乌、女贞子、枸杞子；面颊红斑、口腔溃疡加芙蓉叶、野蔷薇花、碧玉散；关节疼痛加虎杖、寻骨风、鸡血藤、益母草、地龙。

[用法] 水煎服，每日 1 剂。

[功用] 滋肾养阴，清热解毒，凉血活血。

[疗效观察] 用二参二地汤治疗系统性红斑狼疮 35 例。显效 13 例，占 37.4%；有效 18 例，占 51.42%；总有效率为 88.56%。经 3 年随访已有 10 人恢复正常工作，2 人恢复半日工作。

2. **红斑方**[2]

[组成] 益母草、丹参、丹皮、川芎、桂枝、茯苓、补骨脂、玄参、广犀角粉、黄柏。

[用法] 水煎服，每日 1 剂。

[功用] 活血化瘀，调补阴阳。

[疗效观察] 用红斑方治疗系统性红斑狼疮 8 例，有效 6 例。

3. **滋阴清热降火方**[3]

[组成] 基本方由生地、玄参、黄柏、知母等组成。

[加减] 兼有气虚、阳虚者，宜酌情分别加用益气、温阳药物。

[用法] 水煎分 2 次服，每日 1 剂。上述诸药用量较大。

[功用] 滋阴清热降火。

[疗效观察] 作者观察系统性红斑狼疮 300 例，总有效率约 75%左右，各项检查指标也均相应好转。部分病例激素相应递减或停用，病情趋向稳定及劳动力恢复。认为该方疗效与改善系统性红斑狼疮的免疫功能障碍有密切关系。作者主要依据本病患者常有腰脊酸痛、脱发、足跟痛、耳鸣耳聋和听力减退、男子遗精阳萎、女子月经不调、闭经或久婚不孕等阴虚阳亢的临床表现而拟定本方。用药后，上述诸症均有不同程度的改善。

4. **虎菊汤（编者拟名）**[4]

[组成] 虎杖、野菊花、南天竹、十大功劳、生地各30克，生甘草、秦艽各15克，苦参、穿心莲、紫草、知母各15～30克，山栀9克，丹皮9～15克。

[用法] 每日1剂，水煎分2次服。

[功用] 滋阴清热解毒，凉血活血通络。

[疗效观察] 用虎菊汤治疗本病20例，显效15例，进步5例，总有效率为100%。

5. **复方金荞片**[5]

[组成] 蟾皮、鱼腥草、生百部、一见喜各0.35克，金荞麦0.51克。

[用法] 制成片剂，每片为0.6克，每日服16～24片，分3～4次口服，4周为1疗程。

[功用] 清热凉血解毒。

[疗效观察]6例系统性红斑狼疮患者均有内脏损害，也曾服用过皮质类固醇激素治疗，病情处于波动阶段，配服本方后，其中5例症状改善，皮损消失。另应用本方治疗6例盘状红斑狼疮，病期在7年以上，并经过其他多种西药治疗未获明显疗效，经用本方后有5例达到显效。

6. **红花紫草活血方**[6]

[组成] 鱼腥草30克，益母草20克，土茯苓20克，紫草15克，丹参15克，红花5克，青蒿9克，黄精9克，金银花9克。

[加减] 高热烦躁、斑疹紫红加水牛角、山栀子、黄柏、大青叶、板蓝根；潮热、斑疹鲜红加生地、知母、地骨皮、麦冬、女贞子；骨节肿痛、心烦胸闷、斑疹红暗加当归、川芎、王不留行、桃仁、络石藤；少气懒言、语音低微、头晕目眩、阳萎闭经去益母草、土茯苓、紫草、青蒿，加人参、黄芪、当归、首乌、熟地。

[用法] 水煎服，日1剂。

[功用] 凉血活血，滋阴清热。

[疗效观察] 用本方治疗31例红斑狼疮患者，均获不同程度的疗效，其中18例恢复病前情况，8例能做轻工作。

7. **生地养阴清热方**[6]

[组成] 生地30克，女贞子9克，黄精12克，川断9克，元参30克，黄柏9克，桔梗4.5克，杏仁9克，牡蛎30克，连翘3克，绿豆12克，黑豆12克。

[加减] 阴阳两虚者加党参9克、知母9克、山茱萸9克、杜仲12克、枣仁9克、红枣5枚；虚实夹杂者加桂枝3克、知母9克、丹皮6克、栀子9克、黄芩4.5克、金银花9克。

[用法] 水煎服，日1剂。

[功用] 滋阴补肾，清热解毒。

[疗效观察]用本方治疗75例系统性红斑狼疮，总有效率为74.67%，其中基本治愈7例，显著进步25例，进步24例。

8. **倍芪虫蛇方**[6]

[组成] 方Ⅰ：生黄芪60～90克，鸡血藤24～30克，元参15克，生地24～30克，板蓝根30克，紫草30克，桑寄生24克，仙灵脾24～30克，丹参24～30克，生蒲黄9克，威灵仙15～24克，蜈蚣2条，全蝎9克，廑虫9克，乌梢蛇9克，琥珀末9克，甘草30克，鸡内金9克。方Ⅱ：半枝莲30克，白花蛇舌草30克，瞿麦根30克，石大年30克，苦荞头15

～30 克，隔山撬 15～24 克，无花果 30 克，蛇头一颗草 30 克。

[加减] 上述两方可同时煎服。方 I 中如虫药不全可选加白花蛇、蕲蛇、僵蚕、地龙等；方 II 中前 5 种药可选用 2～3 种，如后 3 种缺，也可从略。

[用法] 水煎服，日 1 剂。

[功用] 清热解毒，活血化瘀，养阴益气，健脾除湿。主治红斑狼疮邪毒炽盛、阴虚阳亢之证候。

[疗效观察] 用本方治疗 31 例红斑狼疮患者，20 例显效，4 例好转，总有效率为 77.4%。

9. **复方大黄煎剂**[7]

[组成] 大黄、红花、赤芍、荠菜花、秦艽、黄精、党参。

[用法] 水煎服，日 1 剂。

[功用] 活血化瘀，健脾消肿。

[疗效观察] 治疗 SLE20 例，有效 13 例。

10. **化毒丸**[8]

[组成] 牛黄、琥珀、血竭、大黄、雄黄、川贝母等。

[用法] 神曲糊为丸，每次服 4～5 丸，日服 3 次。

[功用] 活血化瘀，芳香化浊。

[疗效观察] 治疗 SLE6 例，有效 5 例。

11. **益气养阴活血汤**[9]

[组成] 黄芪 15 克，党参 15 克，生地 15 克，制首乌 15 克，当归 12 克，川芎 9 克，丹参 30 克，益母草 30 克。

[加减] 热毒炽盛去参、芪，加水牛角、丹皮、紫草、白花蛇舌草、蒲公英、青蒿、生大黄；气阴两虚加麦冬、女贞子、黄精；阴虚火旺加龟板、鳖甲、龙骨、牡蛎、黄柏、玄参、麦冬；脾肾两亏加白术、茯苓、大腹皮、制香附、生苡仁；伴关节痛加扦扦活、虎杖、鹿含草；目眩加石斛夜光丸；耳鸣加耳聋左慈丸；月经不调加乌鸡白凤丸。

[用法] 水煎服，日 1 剂。

[功用] 益气活血，滋阴解毒。主治系统性红斑狼疮性肾炎。

[疗效观察] 在应用本方的同时，视病情选用激素、免疫抑制剂和抗凝治疗等。经过 1 月至 2 年的治疗，31 例患者中显效 11 例，有效 15 例，无效 5 例。以系膜增生型及膜型和中医的气阴两虚型及阴虚火旺型疗效较好。

12. **益气健脾活血方**[10]

[组成] 黄芪 15 克，党参 12 克，茯苓 12 克，白术 9 克，桃仁 9 克，益母草 15 克，泽兰 9 克，丹参 12 克，青皮 6 克，蒲黄 6 克，金樱子 15 克，酒大黄 3 克。

[加减] 浮肿明显，病在上焦者，加麻黄，在下焦加白茅根、赤小豆、车前子或草；面色、爪甲苍白加何首乌、枸杞子、龟板胶、高丽参等；恶心呕吐重加姜半夏、竹茹；头昏、前额胀痛加炒杜仲、苦丁茶；抽搐、昏谵加羚羊角、钩藤；尿蛋白，若因上感外邪引起者加银花、大青叶；久病，精气不秘加芡实、莲须；尿中出现红细胞加鱼腥草、忍冬藤等。

[用法] 水煎服，日 1 剂。

[功用] 健脾益肾，调气活血。

[疗效观察] 治疗狼疮性肾炎 23 例，均经 3～6 个月的住院治疗，随访存活 2～3 年者 6 例，

4年者8例，5年以上者5例。死亡4例，均在1年之内死去。

13. **活血化瘀方**[11]

[组成] 当归30克，川芎15克，丹参30克，郁金15克，鸡血藤30克，红花10克，赤芍30克。

[加减] 兼阴虚者加元参10克、丹皮15克、金银花30克、连翘15克、生熟地各30克；兼湿热者加藿香15克、木通12克、金银花30克、连翘15克、丹皮15克；兼毒热者加柴胡30克、葛根30克、生石膏15克、半枝莲15克、败酱草30克、旱莲草15克、银花30克、连翘15克、丹皮15克、元参10克；兼虚寒者加党参30克、吴茱萸6克、生黄芪30克、肉桂10克、川断15克；兼寒湿者加白术10克、防风10克、茯苓15克、吴茱萸15克、补骨脂10克、党参12克、生黄芪15克。

[用法] 水煎服，日1剂。

[功用] 活血化瘀。

[疗效观察] 治疗系统性红斑狼疮10例，治愈5例，好转5例，总有效率为100%。

14. **干枯—31味丸**[12]

[组成] 冰片、石膏、红花、公丁香、肉豆蔻、草果仁、沉香、白檀香、紫檀香、广木香、木通、石榴、诃子、川楝子、栀子、麦冬、草乌、炙草决明、线麻子、白云香、黑云香、射干、文冠木、刺柏、益母草、五味子、甘草、广角各15克，麝香、人造牛黄各2.5克，熊胆5克。

[用法] 共为细末，水泛为丸，黄豆粒大小。每次3～5克，日3次口服。此为成人量，小儿酌减。

[功用] 清热解毒，活血通络，化痰开窍。

[疗效观察] 用本方治疗系统性红斑狼疮6例，结果痊愈、好转、无效各2例。

15. **狼疮来复汤**[13]

[组成] 苍术、白藓皮、大黄炭、玫瑰花、凌霄花、丹参、水蛭、黄芪、青蒿等。

[加减] 毒热炽盛型加羚羊粉、石膏、全银花、生地黄、玳瑁；阴虚内热型加生地黄、元参、西洋参、女贞子、知母；肝肾阴虚或肾阴亏损加沙参、当归、枸杞子、川楝子；邪热伤肝加赤芍、蜈蚣、土元、益母草、白花蛇；脾肾阳虚加附子、桂枝、白术、茯苓、仙灵脾、菟丝子、补骨脂；风湿热痹加桑枝、秦艽、生石膏、忍冬藤、威灵仙。

[用法] 水煎服，日1剂。30日为1疗程。

[功用] 清热燥湿，理气解郁，活血通络。

[疗效观察] 用本方治疗系统性红斑狼疮120例，治疗1～5个疗程，结果治愈37例(30.83%)，显效43例(35.83%)，有效34例(28.33%)，无效6例(5%)，总有效率为95%。治疗前用激素108例，治疗后停用98例，维持用强的松<10mg/日者10例。

16. **来氏汤**[14]

[组成] 忍冬藤100克，藤梨、野荞麦各10克，马鞭草、佛耳草、丹参、大力王、紫花地丁各10克，海金砂、绞股蓝、一枝香各20克。

[加减] 气虚加太子参；舌红少苔加天冬、麦冬；发热加淡豆豉或清水豆卷；便干加生大黄（后下）；水肿明显、有腹水加石苇、商陆；关节痛加青风藤、雷公藤（去皮）；血热加茜草、远志、激素量递减。

[用法] 水煎服，日 1 剂。

[功用] 清热解毒，凉血活血。

[疗效观察] 用本方治疗系统性红斑狼疮 42 例，治疗 3～10 个月，结果显效（主要症状与体征明显好转或消失，抗核抗体转正常，其他化验指标明显好转）27 例，好转 13 例，无效 2 例。

（三）单味药治疗

1. 雷公藤、昆明山海棠[15][16]

[药理] 2 药均具有抗炎镇痛、增加外周血流量、抑制血小板凝集、改变毛细血管通透性，改善微循环及血液理化特性，促进结缔组织代谢作用，并有改变或恢复机体免疫的自身稳定作用。雷公藤抗炎作用主要在于降低毛细血管通透性，免疫抑制作用，是通过抑制胸腺等免疫器官实现的，与类固醇的免疫抑制作用相似。昆明山海棠具有明显的抗炎作用，降低毛细血管通透性，它的抗炎活性似与垂体—肾上腺皮质功能关系不大；其免疫抑制效果显著，对单核巨噬细胞系统及体液和细胞免疫功能、Ⅲ及Ⅳ型超敏反应均有抑制作用，而以对细胞免疫的抑制作用为强。

[用法] 制成糖浆、冲剂或片剂，口服。每日总剂量相当于生药 30～45 克。

[疗效] 上海医科大学采用福建产雷公藤冲剂或片剂治疗 38 例 SLE，近期有效率为 79.4%。乏力、低热、关节痛等症状好转，肝肾等内脏功能改善，白细胞上升至正常，血沉下降，狼疮细胞转阴，抗核抗体滴度下降或转阴，补体 C_3 升高，微循环及血液理化特性改善。上海医科大学附属中山医院应用雷公藤治疗 103 例 SLE，其中单独采用雷公藤治疗者 43 例，已用皮质类固醇激素而病情波动再增加雷公藤观察者 60 例，前后采用了 3 种雷公藤制剂（糖浆、片剂、冲剂），每天总剂量相当于雷公藤生药 30～45 克，结果显效率 54.3%，总有效率 91%。发热、关节痛、乏力、皮损等症状改善，内脏损害好转。一般实验室检查如全血系统、尿蛋白、肝肾功能等改善，血沉、粘蛋白等降低。免疫指标：LE 细胞、ANF、RF、免疫球蛋白、T 及 B 细胞功能好转。60 例合并应用激素者，有 93%停用或递减激素。秦万章采用昆明山海棠片治疗 SLE，每日口服 3 次，每次 2～4 片，1 个月为 1 疗程。共治疗 25 例，有效 19 例，其中显效 11 例，无效 6 例。有效率为 76%，显效率为 44%，一般用药 1～3 周见效。本品较雷公藤冲剂或片剂副作用轻微，并对减少激素副作用有一定作用。

2. 青蒿[17]

[药理] 具有抗疟、免疫调节作用。关于其作用机理，有些学者认为青蒿可能加速网状结构退化或抑制溶酶体酶的释放，也可能与皮肤细胞内 DNA 结合，使其不至于变质或转化。

[用法] 用青蒿粗末制成蜜丸，每丸 9 克，每日服 36～54 克；或用青蒿素（无色针状结晶）每日服 0.3～0.6 克；也可用青蒿浸膏片，每片含原生药 0.1 克，每日 20～45 片，分 2～3 次服。一般要求连续服药 2～3 个月。

[疗效]用青蒿制剂治疗盘状红斑狼疮 50 例(其中服用青蒿蜜丸 26 例，青蒿浸膏片 16 例，青蒿素 8 例)，缓解及基本缓解共 30 例（60%），有效 15 例（30%），无效 5 例（10%）。8 例经电镜观察皮肤活检组织，3 例治疗后病损有明显好转。部分病例治疗后显示免疫活性 T 淋巴细胞较治前明显升高。C_3 补体蛋白量在治疗后也有所升高。治疗中未发现严重副作用，复发率低。对系统性红斑狼疮尚未见大宗临床报道。

3. **黄芪**[18]

[药理] 改善免疫功能，增强免疫及网状内皮系统吞噬功能，对环核苷酸有调节作用；增强机体应激力；对干扰素系统有刺激作用；促进合成代谢。

[用法] 黄芪 30～90 克，水煎服，每日 1 剂。疗程 2～12 个月。

[疗效] 用黄芪治疗系统性红斑狼疮 17 例，结果显效 6 例，有效 11 例，未发生明显副作用。其中 3 例孕妇治疗后，足月分娩，病情得以改善。在治疗前后除观察临床表现外，还做了实验室检查，部分中度严重病例或有肾脏损害者，原来已接受中、小剂量皮质激素口服，但临床表现和实验室检查改善不明显。应用黄芪后，病情明显改善，而且在激素减量中，病情仍有好转。作者认为黄芪对中重度严重的系统性红斑狼疮，可作为配合激素治疗的辅助药，对轻症可作为主药。剂量以 60 克/日或 90 克/日为宜。

4. **丹参**[19]

[药理] 具有镇痛、增加外周血流量、抑制血小板聚集、改变毛细血管通透性、改善微循环、促进结缔组织代谢的作用，以及有改变或恢复机体免疫的自身稳定作用。

[用法] 丹参（丹参素）注射液（每支 2 毫升，含生药 4 克）4～8 支加入低分子右旋糖酐或 5～10％葡萄糖溶液 500 毫升内静脉滴注，每日 1 次；丹参注射液 1～2 支，肌肉注射，每日 1～2 次。一般开始阶段多采用静脉滴注，巩固阶段用肌肉注射。

[疗效] 用丹参注射液治疗系统性红斑狼疮 11 例，有效 8 例。对肢端动脉痉挛症状及皮损消退较为明显，而对免疫指标改善则不显著。如与雷公藤药物配合应用，则可以提高对红斑狼疮的疗效。

5. **大黄**[20]

[药理] 具有抗菌、抗病毒、抗炎、抗过敏、止痒、止血、解痉、利胆、利尿、抗肿瘤等作用。

[用法] 大黄素注射液 4～6 毫升（1 毫升含生药 2 克），肌肉注射，每日 1～2 次。

[疗效] 用大黄素注射液治疗系统性红斑狼疮 14 例，有效 9 例。对减少蛋白尿疗效比较好。

6. **红藤**[19]

[药理] 具有改善蛋白尿、使抗核抗体转阴或滴度下降等作用。

[用法] 红藤注射液（每支 2 毫升，含生药 4 克）。①静脉滴注：每次 4 支加入 5～10％葡萄糖注射液 500 毫升作静脉滴注，每日 1 次。②肌肉注射：每次 1～2 支，每日 1～2 次。也可采用红藤糖浆口服，每日 3 次，每次 10～30 毫升（每毫升含生药 1 克）。其作用大致与针剂一致。

[疗效] 用红藤注射液治疗系统性红斑狼疮 10 例，有效 7 例。用红藤糖浆治疗系统性红斑狼疮 15 例，有效率为 80％。

（四）其它疗法

1. **针灸**

（1）毫针法：分甲乙两组取穴。

甲组：风池、间使，华陀夹脊之胸 3、7、11，足三里；

乙组：大椎、合谷，华陀夹脊之胸 5、9，腰 1、复溜。

方法：两组穴位交替使用，每周针刺 3 次，施平补平泻手法，留针 15 分钟，10 次为 1 疗程。

（2）长针配耳针法：

选穴：命门、阳关、身柱、灵台、耳壳反应点、太冲、曲池、百会、足三里。

针法：用 125 公分长、0.1 公分粗的不锈钢针，取命门透阳关、身柱透灵台，留针 4 小时；耳壳反应点用耳针．留针 3 小时；其余均用毫针快速提插法．强刺激，不留针。

2. **外治**

（1）敷贴法：取白矾、枯矾各 0.5 克，五倍子 2 克。混合均匀研成细末，过筛备用。有糜烂或溃疡者可直接用药末撒布；当结成薄层药痂，在干燥病变上，可用盐水调抹。一般用药后 1～2 周病变好转。

（2）穴位封闭法：在三叉神经分布部位取穴，每支取 1 个穴位。第一支取阳白；第二支取四白、巨髎、下关；第三支取颊车、大迎、承浆。每次取上述 3 个穴位，加合谷穴，交替使用．均为双侧．隔日 1 次。用 0.25%奴佛卡因溶液做皮丘注射，然后垂直注入，边推边注射，直至患者觉注射部位有麻胀感，每穴位注射奴佛卡因 1～3 毫升，然后局部按摩。

三、中西医结合治疗

方法一[21]

中药清热养阴配合西药小量激素法。

[治疗方法]

中医辨证热盛型治宜清营凉血，解毒养阴，以犀角地黄汤或清营汤加减。药用水牛角 30 克、鲜生地 20 克，赤芍、丹皮各 10 克．热甚加黄连 3 克。阴虚型治宜养阴清热补肾，以六味地黄汤加减。药用熟地、山药各 15 克．山萸肉、泽泻、丹皮、茯苓各 10 克。热偏甚加黄连 3 克；气虚明显加党参、黄芪各 10 克。用法均为每日 1 剂，水煎分 2 次服。当病情稳定时，则以六味地黄汤或参芪六味丸加减调治。同时配以小剂量激素（强的松每日 5～15mg，顿服），并注意纠正水、电解质及酸碱平衡紊乱等。

[治疗结果]

运用本法治疗系统性红斑狼疮 12 例（治疗组），与单用激素和免疫抑制剂治疗 12 例（对照组）作比较，结果：治疗组显效 10 例，有效 2 例；对照组显效 7 例，有效 2 例，无效 2 例，死亡 1 例。无效及死亡者均合并有高血压、霉菌感染和电解质紊乱。随访：治疗组中除 1 例出院后 0.5 年内因做人工流产而自行停药致病情复发、再次住院外，11 例均良好。对照组中 2 例无效出院者 10 天内死亡，1 例 3 个月后再次住院，8 例良好。

方法二[22]

中药加激素疗法。

[治疗方法]

（1）中药治疗：以清热解毒利湿为主，辅以活血化瘀、滋补肝肾、气阴双补。基本方：金银花 15 克，连翘、茯苓、生地、丹参、黄精各 12 克，当归、枸杞子各 9 克。随证加味：阴虚肺燥者加知母、瓜蒌、北沙参；气虚加黄芪、太子参、柴胡；心悸加远志、柏子仁、杏仁；关节酸痛明显加秦艽、地龙；血虚加白芍，倍用当归；肾阴虚加玄参、龟板、女贞子；脾胃

虚弱者加党参、白术、陈皮、砂仁。一般服 90 剂左右，病情缓解，症状改善，改口服中成药昆明山海棠片，每日 3 次，每次 3 片。

（2）西药治疗：对中、重度患者，除用皮质激素加中药治疗外，多数患者给予大剂量维生素 C。感染时加用抗生素。强的松 10mg，每日 4 次，服用 1 个月为 1 个疗程。以后根据病情好转，症状改善，再逐步减量，并过渡到隔日早晨顿服维持。对于高热、脑病、心包炎和心肌炎等各脏器损害明显者，开始每日给予强的松 40～50mg，待病情缓解后停用或给最小剂量维持，个别患者有关节酸痛者可加服消炎痛及阿斯匹林等药物，肝功能障碍者给予保护治疗。

[治疗结果]

治疗红斑狼疮 44 例，缓解 27 例，占 61.36%；好转 11 例，占 25%；无效 6 例，占 13.64%。总有效率为 86.36%。

方法三[23]

复方秦艽片加小量激素法。

[治疗方法]

口服复方秦艽片（秦艽、乌蛇、黄芪、玄参、生地、丹参、茯苓、泽泻、黄柏），共研细末，制成片剂，每片重 0.5 克，每日 15～20 片，分 2～3 次服；同时每日服强的松 10～30mg，加服 10%枸橼酸钾、多种钙片、维生素 E、维生素 C。

[治疗结果]

运用此法治疗系统性红斑狼疮 62 例（观察组），并与单纯西药治疗本病 19 例（对照组）作对照。观察组 62 例中，控制 30 例（48.39%），好转 20 例（32.26%），无效 8 例（12.9%），加重 4 例（6.45%），总有效率 80.65%。其中 8 例单服复方秦艽片者，控制 6 例，好转 2 例。对照组 19 例中，控制 6 例（31.58%），无效 12 例（63.16%），加重 1 例（5.26%），总有效率为 31.58%。两组疗效比较，观察组高于对照组（$P<0.001$）。

方法四[24]

中药合激素疗法。

[治疗方法]

（1）西药：急性活动期用强的松 30～60mg/日（多清晨顿服，剂量大时每日分 3 次服），疗效不佳改用地塞米松 4.5～9mg/日，服法同强的松。少数患者先用地塞米松 10mg 静脉滴注 4～7 日再改口服。

（2）中药治疗：①肝肾阴虚型：治宜益气养阴为主。方用黄芪、沙参、太子参各 15 克，女贞子、当归、制首乌各 12 克，生地、白花蛇舌草各 30 克，生甘草 9 克。②邪热入营型：以清营凉血解毒为主。方用水牛角 60 克（先煎），太子参、生地各 30 克，玄参、丹皮、赤芍、草河车各 12 克，升麻 9 克，知母 6 克，雄黄 0.5 克，茯苓 12 克，青黛 0.3 克，山栀子 9 克，当归龙荟丸 9 克（包煎），人工牛黄粉 1.5 克（分吞）。③脾肾阳虚型：健脾补肾为主，辅以活血利水。方用黑附片（先煎）、白术各 9 克，黄芪、益母草各 30 克，淫羊藿、菟丝子各 12 克，蟅蟞干粉 3 克（分吞）。每日 1 剂，1 个月为 1 疗程。一般急性期西药与汤药同时服用，西药停用后加用六味地黄丸（或知柏地黄丸、附桂八味丸）4.5 克，每日 3 次服用。完全缓解 3～6 个月后停用汤药，仅六味地黄丸长期维持应用。

[治疗结果]

治疗狼疮性肾炎 22 例，显效 8 例，有效 11 例，无效 3 例，总有效率 86.3%。

方法五[25]

中西医综合疗法。

[治疗方法]

(1) 中药：祛风温阳，散寒除湿，调补阴阳。基本方：川桂枝 3 克，制川乌、制草乌、炒荆芥、炒防风、仙灵脾、伸筋草各 9 克，玄参 9～12 克，甘草 3～4.5 克。分型论治：①风痹损及肌肤脉络：治以祛风温阳通络。雷诺氏征明显者，基本方去玄参，选加熟附子 3～9 克，羌活、独活、秦艽、晚蚕砂（包）、丹参、漏芦各 9 克；皮肤顽厚，麻木不仁者，加生黄芪 9～12 克、当归 9 克、郁金 9～24 克、威灵仙 9～12 克；关节红肿热痛者，选加桑枝、贯众各 9 克，石膏（先煎）9～15 克等。②风痹损肾：治以祛风温阳，佐以益肾。基本方加黄芪 9～12 克、白术 12 克，玉米须、米仁根、黑料豆各 18 克，龙骨、牡蛎各 15 克，汉防己 9～12 克，以益气补肾利尿，消除蛋白尿：加宣木瓜、牛膝各 9 克，降低尿素氮。损及肾阳而见腰膝酸软、浮肿、怕冷、舌淡、脉沉迟细者，基本方去玄参，加牛膝、杜仲、熟附子各 9 克；损及肾阴而见心中烦热、夜寐不酣、脉细数、舌红者，基本方加党参、麦冬各 9 克，五味子 3 克、夜交藤 15 克。③风痹损心：损及心阳而见心悸、气促、唇绀、面色苍白、心绞痛、脉细结代、舌紫暗者，基本方去玄参，加熟附片、丹参、泽兰各 9 克，地鳖虫 6～9 克；邪蒙清窍，癫痫抽搐，神识昏糊者，加蜣螂虫（去头足）4.5 克、水炙远志 3 克、石菖蒲 9 克。④风痹损肝：治以祛风温阳，柔肝理气。左胁疼痛，脘腹作胀者，基本方选加黄芩、丹皮、制香附各 9 克，大腹皮 12 克；肝功能异常或有肝脾大、肝硬化者，加党参、白术、生麦芽、炙鳖甲各 9 克，桃仁 4.5～9 克；肝阳上扰而致头晕目花、头胀痛者，加白芍、钩藤各 9 克，菊花 4.5 克，石决明（先煎）30 克，女贞子 12 克，旱莲草 9 克。⑤风痹损脾：治以祛风温阳，健脾助运。纳呆、泄泻、舌淡苔润滑、脉细濡者，基本方去玄参加党参、白术各 9 克，炮姜炭 4.5 克，煨木香、条芩炭、焦六曲各 9 克，淮山药 9～12 克；苔厚腻加苡仁 9～15 克、苍术 4.5～9 克。⑥风痹损肺：治以祛风温阳开肺。复感外邪而见恶寒、身热、骨痛、舌淡苔薄、脉浮者，基本方加黄芪、紫苏、贯众各 9 克；咳嗽、咽痒、胸闷者，加麻黄 3～6 克、前胡 9 克、桔梗 4.5 克；痰多加水炙远志 3 克、葶苈子（包）9 克；肺热炽盛，发热、胸膺闷塞、痰黄粘稠者，选加桑叶、桑白皮各 9 克，冬瓜子、冬瓜皮各 15 克，丝瓜子、丝瓜络各 15 克，江剪刀草 12 克。

以上 6 种类型并不能绝对分割，面是互相有联系的，脏器损害以肾、肝为主，几种类型的病损同时出现也属多见。

(2) 西药：以皮质类固醇激素为主，分别选用强的松、地塞米松、氢化可的松。成人：地塞米松每日 10～20mg；小儿：强的松每日 1～2mg/kg 体重，缓解时逐步递减。维持量治疗：强的松成人每日 10～15mg，小儿 5mg，隔日服。免疫抑制剂选用环磷酰胺，成人每日 100～200mg，小儿每日 2～3mg/kg 体重；硫唑嘌呤，成人每日 100mg；6-硫基嘌呤；成人每日 6mg/kg 体重等。对症治疗用消炎痛：成人每日 50～75mg，小儿每日 0.5～1mg/kg 体重；阿斯匹林成人每日 1～1.5g，小儿每日 70～100mg/kg 体重；炎痛喜康：成人每日 20～40mg；萘普生成人每日 250～750mg；氯喹：成人每日 0.5g，1 周后每日 0.25g 等。辅助药用转移因子，成人每周 2ml 皮下注射。

以上均以半年为 1 疗程。

[治疗结果]

治疗 30 例，显效 21 例，有效 8 例，无效 1 例，总有效率 96.67%。

方法六[26]

中药以扶正固脱、救阴敛阳为主的基本方配合针刺疗法、醒脑静及皮质激素治疗狼疮危象。

[治疗方法]

治疗观察组 10 例。中药基本方：生晒参 9 克，川石斛 30 克，元参 30 克，麦冬 15 克，五味子 6 克，赤白芍各 9 克，鲜菖蒲 9 克，另服神犀丹 1 粒。如症见高热、神昏、抽搐改善，可在基本方基础上加清营凉血之品：丹皮 9 克，升麻 9 克，紫草 12 克，碧玉散 30 克（包煎），草河车 12 克，合成牛黄 1.5 克（分吞）。醒脑静 8 支加 5%葡萄糖液 500 毫升静脉滴注，每日 1 次。针刺人中、风池、风府、丰隆，十宣放血。辅以皮质激素治疗。并设对照组 10 例，仅用西药（激素、抗生素等）。

[治疗结果]

治疗观察组 10 例，获效 7 例，死亡 3 例；而对照组获效 5 例，死亡 5 例。从观察组有效病例的各项化验指标改善、危象缓解平均时间的缩短以及有效例数与对照组相比来看，中西医结合治疗狼疮危象能明显缩短病程，可提高疗效。

方法七[27]

[治疗方法]

（1）中药：方Ⅰ：双花、连翘、生地、白鲜皮各 15 克，川军 5 克，麦冬 10 克。方Ⅱ：双花、连翘、丹参、白鲜皮各 15 克，防风 10 克。方Ⅲ：即方Ⅱ加桃仁、红花各 10 克。用法：方Ⅰ、方Ⅱ为汤剂，每日 1 剂。先服方Ⅰ20 剂后改服方Ⅱ30 剂，方Ⅲ共研细末装胶囊，方Ⅲ胶囊坚持服 2～3 年。

（2）西药：强的松 10～30mg/日，治疗中逐渐减量，另配其他西药对症治疗。

[治疗结果]

用上法治疗系统性红斑狼疮 119 例，其中轻症 23 例，单用中药；重症 96 例，服中药结合激素及西药对症治疗，70 例用激素 3～11 月后停用或减量。结果痊愈 13 例，显效 18 例，有效 67 例，总有效率为 82.3%。

方法八[28]

[治疗方法]

选择活动性系统性红斑狼疮 102 例（其中未用激素者 36 例，用激素但减至<15mg/日，仍未能控制均>3 个月），随机分成两组（中药治疗组、西药治疗组）。中药组 70 例，用滋阴解毒法治疗，在多种中药中筛选出生地黄、首乌、枸杞子、白花蛇舌草、玄参、草河车等制成二生饮（滋阴为主）、二草二白饮（解毒为主），每毫升含生药 28 克，每次 20ml，日 3 次口服。随证加减药另煎服。西药组 32 例，用强的松或其他激素 30～60mg/日，分次口服。部分病例用 CTX 等。3 个月为 1 疗程。

[治疗结果]

两组分别显效（症状消失，活动性实验指标>2 项改善或消除，活动性补充记分好转≥2 等级，且激素减至维持量或停服者）42.9%、46.89%，总有效率 88.6%、90.62%（P>0.05）。免疫学实验室指标及 T 细胞亚群（$CD_{3\ 4.8}$）两组（除抗 ds－DNA、CIC 外）治疗前后自身比较均有显著性差异（P<0.01，0.05），两组间比较无显著性差异（P>0.05）；中药组 CD_4/CD_8 治疗前后比较有显著性差异（P<0.01），西药组则无显著性差异（P>0.05）。

方法九[29]

[治疗方法]

(1) 辨证论治：①热毒型：方用清瘟败毒饮：生石膏30克，鲜竹叶、黄芩、丹皮、知母、玄参、连翘各12克，桔梗、赤芍、黄连各10克，生地黄15克，犀角、甘草各6克。②肾阳虚型：方用复方鱼腥草益母汤：鱼腥草、赤芍、蒲公英、地丁、知母、穿心莲、白鲜皮各10克，白芍、益母草、金银花、冬瓜仁各12克。③气阴两虚型：方用生脉散：人参、五味子各6克，麦门冬12克。④肝郁血瘀型：方用丹栀逍遥散加减：当归12克，柴胡、白芍药、牡丹皮、白茯苓、白术各10克，煨姜、薄荷、甘草、山栀子各6克。⑤脾肾阳虚型：方用附子理中汤：炮附子、人参、炮姜各6克，白术10克，炙甘草3克。上述各型均随证加减。水煎服，日1剂。

(2) 西药：常规用强的松、硫唑嘌呤、环磷酰胺（1例未用激素）。

[治疗结果]

用本法治疗系统性红斑狼疮29例，结果显效12例，有效16例，无效1例。

方法十[30]

[治疗方法]

(1) 辨证论治：①热毒炽盛型用金银花、蒲公英、黄芩、黄连、大青叶、半枝莲、紫草、生石膏、赤芍、牡丹皮、犀角粉或羚羊角粉。②阴虚内热型用生地、丹皮、山萸肉、青蒿、元参、沙参、麦门冬、五味子、白花蛇舌草、女贞子、旱莲草。③气阴两虚型用党参、麦冬、五味子、黄芪、石斛、沙参、生地、枸杞、山药、山萸肉、何首乌。④肝郁血瘀型用柴胡、枳壳、当归、香附、桃仁、延胡索、丹参、郁金、三七粉。⑤脾肾阳虚型用黄芪、附子、肉桂、茯苓、泽泻、大腹皮、泽兰、党参、白术。水煎服，日1剂。

(2) 西药：各型同时配合激素（强的松、地塞米松）治疗。

[治疗结果]

用本法治疗系统性红斑狼疮73例，结果缓解17例，显效30例，有效17例，无效9例。总有效率87.67%。治疗前后血沉、ANA、γ-球蛋白、IgG均有显著性差异（$p<0.001$和$P<0.01$）。

方法十一[31]

[治疗方法]

(1) 辨证论治：①湿热毒邪内淫型用苍术、牛膝、玄参各15克，黄柏12克，虎杖、土茯苓、丹参、白花蛇舌草各30克，赤芍20克，蜂房10克，甘草6克。水煎服，日1剂。连服2周。②肝肾阴虚型用熟地、山药各20克，茯苓、泽兰各15克，山萸肉、泽泻、黄柏、知母各12克，丹皮10克，土茯苓30克，甘草6克。水煎服，日1剂。连服20剂。③脾肾阳虚型用附子、炙甘草、丹皮各10克，桂枝6克，熟地20克，山药、茯苓、牛膝、车前子（包）各15克，益母草30克，山萸肉、泽泻各12克。水煎服，日1剂。服至症状缓解、尿蛋白转阴、激素减至维持量为止。

(2) 强的松1mg/kg/日，每日8时顿服，尿蛋白转阴后，按10%～15%剂量每周递减，病情稳定后用10mg/日维持1年。

(3) 雷公藤片，每次0.1克，日3次口服，维持1个月。

(4) 潘生丁，每次50mg，日3次口服，连服3个月。

[治疗结果]

用本法治疗狼疮肾炎32例，结果近期完全缓解8例，基本缓解14例，好转8例，无效2例。总有效率93.8%。6例随访2年以上，完全缓解3例，基本缓解2例，好转1例。

方法十二[32]

[治疗方法]

治疗组14例，用鸡血藤、白茅根各30克，益母草、黄芪各24克，丹参、干地龙各20克，鹿含草15克，赤芍、女贞子、王不留行各10克，川芎9克，甘草3克。水煎服，日1剂。其中3例用甲基强的松龙1克加入5%葡萄糖注射液250ml中静脉滴注，日1次，共用3日。对照组10例，均用强的松1mg/kg/日，1次晨服，8周后，每周减5mg，同时加用环磷酰胺脉冲疗法。

[治疗结果]

两组均为系统性红斑狼疮，经治疗两组狼疮活动分别完全缓解12例、6例，部分缓解2例、4例。

第五节 预 防

预防包含两种意义，即未病先防与既病防变。由于SLE病因尚不清楚，且SLE本身是一个免疫复合病，而非一个单纯的疾病，故未病先防多难做到，预防的重点在于既病防变。病情缓解后预防其复发，亦是十分重要的。现将预防要点介绍如下：

（一）避晒阳光

对阳光敏感者尤应提高警惕性，外出应戴宽边草帽或者撑伞，穿长袖上衣和长裤，必要时还可酌情外涂遮光剂，如5%二氧化钛霜等。忌用含有光敏类的中西药物。

（二）避免受凉

久病体虚，卫外阳气虚弱更为明显，因而容易外感六淫之邪，特别是在肾脏、心脏和肺脏受到损害的阶段，尤要慎避风寒。在发病率高的春夏之际，尽量少到人群集中的公共场所，如商场、剧院等。

（三）避免过劳

鉴于本病免疫功能低下，即使在康复阶段，仍要避免过分劳伤。诸如：晚上早睡、克制房事、饮食不要过饱等。

（四）力戒嗔怒

《灵枢·百病始生篇》说："喜怒不节则伤脏。"临床上暴喜暴怒而猝死的事例，并不少见。情志思维活动的偏激，往往导致内伤五脏，尤以肝损更为突出。长此以往，就会出现"脾胃病，五乱并作"的现象。因此要告诫患者：胸怀豁达，乐观向上，亦是十分重要的一环。

（五）注重食疗

《素问·脏气法时论》说："五谷为养，五果为助，五畜为益，五菜为充，气味合而服之，以补益精气。"大凡病情处于活动期，应以软食、水分多的食品为主，如鲜豆浆、山药糊、二元汤（红枣、桂元、莲子）等，少吃多餐；病情缓解，体质仍然虚弱，应以软饭、烂饭、稀粥和面条为主食，酌情吃些瘦肉末、鲜鸡蛋、鲜鱼汤、新鲜菜果等。不过，在脾胃功能尚未完全恢复前，忌食辛辣和不易消化的饮食，防止伤食或"食复"。

（六）合理用药

SLE 病情变化多端，用药也较繁杂，合理用药十分重要。首先要从理论上了解药物发挥效应的机理，如糖皮质激素是广泛用于本病的主药之一，其机理是该药对激素受体的组织和器官，如肝、脑、肌肉、淋巴组织、胸腺等，起直接或间接作用。最近证明已进入核内的受体，可以回到胞浆内再被利用。一句话，激素必须与靶细胞受体结合方能发挥效应。但是，长期而大量应用激素，常可引起骨质疏松、血管脆性增加等副作用。此外，对紫外线吸收多的伞形科中草药，如白芷、前胡等，还有含汞成分的中成药或拌药，最好少用或不用。尤其是肾病阶段更应谨慎。

（七）强身健体

病在活动阶段，必须卧床静养休息，积极配合治疗。若体温正常，能下床活动，就应因地制宜地进行保健强身的锻炼，使药物治疗与锻炼有机结合。如按摩足三里、内关、肾俞、神门，以健脾益肾，强心安神。早晚坚持导引吐纳 1 次，具体方法：寅时面向南，静神不乱思，闭气不息 7 遍，以引颈咽气顺之。如咽甚硬物，如此 7 遍后，饵舌下津液涌出而吞之。只要认真思考，自可领会练功吐纳的真谛。

（八）计划生育

患者以育龄期的妇女占多数。一般来说，肾功能健全，或心脏损害轻微时，可以在有经验医师的指导下生儿育女。否则，应劝其不要自担妊娠的重任，更不要多次妊娠或人工流产。

（九）特殊类型的 SLE 的既病防变要点

（1）儿童红斑狼疮患者，强调护重于治与宁扶勿伤。小儿之病，古人谓之哑科，以其言语不能通，病情不易测。因此，作为患儿的父母，更要精心护理和照料，要勤于观察患儿的各种临床表现，如尿液的颜色、每日排出小便量的多少、食量的增减与好恶、体重有无异常、大便是否秘结或稀溏等。平时的饮食既注意营养，又要容易消化；过分溺爱，只能贻误患儿。由于小儿脏腑娇嫩，气血未充，患病之后，处方用药要扶植脾胃之气、肾元之气，千万不要摧残。即使是实证、热证，用药组方也要精简轻锐，中病则止，不可杂投攻下之剂，对于小儿最为切要。

（2）对于老年红斑狼疮患者，用药要慎，食疗重于药治。鉴于红斑狼疮多数发生在 18～40 岁之间，而对发生在 50 岁以上的老年红斑狼疮，常常忽视或漏诊。1979 年 Baker SB 等人对 1426 例 SLE 病例的统计分析，老年患者有 165 例，占 12%，说明老年红斑狼疮并不少见。

由于老年人脏腑亏虚，阴阳气衰，用药要特别谨慎：补勿过偏，攻勿太过。治实证不可太猛，猛则伤正；治虚证不可蛮补，补则恋邪。务必注意“老年衰惫，无攻病成法，大意血气有情之属，栽培生气而已”。老年人喜食疗重于药治，这是十分普遍的现象。因此，对老年患者，只要在病情允许的情况下，食疗要重于药治。正如宋代医家陈真《养老奉亲书》所说：“高年之人，真气耗竭，五脏衰弱，全仰饮食以资气血……凡老人有患，宜先从食治，食治不愈，然后命药。”

（3）对狼疮性肾炎，要重视钠盐调节与适当补充蛋白。以往认为肾小球肾炎处于慢性功能衰竭阶段，过分强调限制钠盐的摄入，结果是进一步降低了肾小球的滤过率，从而加重尿毒症。同时，患者又因食少乏味、恶心、呕吐等，使之变得更加衰竭。所以，适当补充钠盐，防止钠盐的丢失，常能阻断这种恶性循环，从而挽救患者的生命。又由于长时间的尿液中蛋白的大量丢失，患者往往普遍反映肢酸腿软，头晕眼花，下肢乃至周身出现低血浆蛋白性水肿，此时，应适当补充蛋白。北京名中医姚正平补充动物蛋白方法有二：其一，鲜小鸡1只（约0.5公斤左右），切块，加生姜3片，白水小火煮8小时左右，煎汤后去油，煮肉时不加佐料和咸味，每次喝汤200毫升，每日2次，空腹服下。1只小鸡可煎汤1000～1200毫升。其二，鲜鲤鱼一尾，切段，加生姜3片，不加佐料和咸味，煮1小时，每次喝汤200毫升，每日2次，空腹服下。一尾鱼煮汤1200～1500毫升。

（4）对狼疮性脑病，首先要掌握识病要点，常见的临床表现有嗜睡、谵妄、幻想、幻听、痉挛、偏瘫、失语、眼震、眩晕、舞蹈样动作、脑膜炎样症状、末梢神经病变等。其中，又以癫痫、颅神经损伤、颅内高压症、偏瘫和截瘫、舞蹈病、精神症状为多见。当本病出现精神病状时，一定要精心护理，密切观察病人的一举一动，凡是隐藏在病人身上的水果刀、绳索等物品都应搜去，以防自杀等意外事件的发生。若住在楼上，还要提防坠楼身亡事故。当系统性红斑狼疮患者出现神经精神症状时，一定要详询病史，深入了解患者病前的思想状态，是开朗还是抑郁，家族中是否有精神病患者。此外，还必须分析自激素治疗以来的疗效如何，重要脏器如肾、心、肝对脑病的影响如何。如果排除精神病和其他脏器所致本病的因素，就可酌情加大激素的剂量。在用激素的同时，更需要兼顾其他疾病的对症处理。

（5）对狼疮性肝炎，必须熟悉其识病要点：发病年龄以20～30岁之间的女性居多，肝脾肿大，发热，胸水，关节疼痛，闭经，腹痛，黄疸，蜘蛛痣，晚期合并腹水，食管静脉怒张，出血倾向，最后死于昏迷中。实验室检查发现血沉增快，狼疮细胞阳性，血清中丙种球蛋白增高。对已发生狼疮性肝炎的患者，更须注意使其保持情绪舒畅，贵精惜命，少食肥甘。因肝喜条达，最恶抑郁。凡精神情志的调节功能，无不与肝有密切关系。反之，精神情志抑郁不舒，又最易伤肝。尤其在已患肝病后，更当注意情绪安定、性格温和，切忌暴躁、以免怒伤肝火，造成动血出血之症。且肝病虚怯，多由肾阴不足，精血化生少源，以致肝阴不足，肝阳亢盛，阳亢化火，变生诸病。由此可见，肝病与肾阴亏乏确有密切关系。为保养阴精，以免加剧肝病，对狼疮性肝炎患者，远女色，节房劳，保精气，惜性命，实至关重要。从肝脾关系上考虑，木能疏土，肝气畅达是疏泄脾土的重要条件；反过来说，脾伤必进而影响肝的疏泄。甘肥之食，易生湿热，湿热中阻，必伤脾胃。脾胃既伤，则肝失疏泄，使肝病加剧。因此肝病者，大甘大肥食品，如动物脂肪、奶酪以及油腻的糕点，均应少食或不食为好。

（6）对狼疮性脂膜炎，必须掌握识病要点。因系统性红斑狼疮病变受累的范围，除多脏器外，还可以累及深层和皮下脂肪，使之发生深在性炎症或肉芽肿炎症，临床上称此种皮下

肿块或结节为狼疮性脂膜炎，或深在性红斑狼疮。其临床表现是，在颜面、背部和四肢以及臀部，特别是双下肢的胫前区域，常能发现大小不等、境界清楚的皮下肿块与结节。初期肤色正常，偶有压痛，时间一久，或可见结节中心部分溃疡，或者遗留萎缩性的硬斑。结节或肿块经过治疗常可消失，留下略有凹陷萎缩的外观，少数亦可不治而自然消退。结节或肿块发生的时间很难肯定，既可是先有结块，又可能是先病而后出现结块，还可能是与红斑狼疮的皮疹同时发生，更有可能在治疗结块的过程中，逐渐或相继出现红斑狼疮的典型皮疹。对狼疮性脂膜炎，在给予正确的治疗的同时，必须注意在溃烂时，应卧床休息，换药时忌用含汞浓度较高的外用药。不要乱用手术刀切割，不要乱用冷冻等疗法，只宜灭菌与保护好局部干燥，促使疮面早日愈合。

（7）对药物诱发性红斑狼疮，首先要停用诱发红斑狼疮的药物。常见的药物有肼苯哒嗪、普鲁卡因酰胺、抗惊厥药（苯妥英钠等）、异烟肼、氯丙嗪、口服避孕药（可能使 SLE 加重）等；少见的药物有 D-青霉胺、L-多巴、甲基多巴、硫氧嘧啶、保泰松、心得宁、奎尼丁、利血平、磺胺（可能使 SLE 加重）、青霉素（可能使 SLE 加重）等。由于阳光的直接曝晒，常能诱发或加重红斑狼疮的皮疹及内脏损害。因此，在用药的过程中，不仅应该避免含有光敏性物质的药物，而且对光感性较强的药物也要少用。即使是中药特别是伞形科药物如白芷、补骨脂、前胡等也要注意。近年报告口服人参，也可以诱发红斑狼疮。临诊时，要详细询问患者的体质状态。大凡体质过敏的人，对外界各种刺激的耐受性较差，如食物、药品以及环境变迁皆能变成致病因素。如果对某种过敏原或过敏现象比较了解，应在病历上用文字记载清楚，以利于长期追踪观察，并嘱患者尽量避免上述各种有害因子的侵袭。

（8）对红斑狼疮合并带状疱疹，要熟悉识病要点。其临床表现为在患系统性红斑狼疮的全过程中，尤其是在体质虚弱的条件下，突然在身体一侧的某一部位，多数在腰胁、大腿和颜面等处，发现红色的丘疱疹，自觉灼热刺痛；3～5 天后，丘疱疹演变成大小不等的水疱、脓疱，小如黄豆，大如樱桃，波及范围也较广泛；进而出现疱液混浊，甚至化脓、坏死。与此同时，伴有发热、头痛、食少、口苦、体倦等全身症状；脉细数，舌质红或绛红，苔薄黄微干。系统性红斑狼疮合并皮疹泛发，特别是病变部位在三叉神经区域时，要提防带状疱疹对角膜和颅内神经的侵犯，此时若不及时防范和正确治疗，则有造成失明，甚至危及生命的可能性。防范之法是在有经验的医师指导下，酌情加用激素和丙种球蛋白以及其他对症处理，还须注意，皮疹初发，仅在某一部位发现针帽大小的丘疱疹，自觉刺痛时，不要乱涂药物，要警惕带状疱疹皮疹的恶化和扩展，必要时应到医院就诊。

（9）对系统性红斑狼疮合并阑尾炎，应嘱患者卧床休息，并要根据病情，取半卧位，防止过早下床活动，以免病情反复。饮食以半流质或流质为主，必要时禁食，以减轻胃肠的负担。在合并阑尾炎的全过程中，要勤于观察，如腹痛的程度是轻是重，范围是大是小，次数是多是少，体温是高还是正常。若体温突然升高，多数提示阑尾穿孔的可能；舌苔由薄腻转为黄腻，脉象由略数转为弦滑，多数提示病情在发展。此时，要力争不失时机地改用手术治疗，以免贻误生命，乃是至关重要的。

参考文献

[1] 陈湘君．中国医药学报 1987；(5)：32

[2] 刘学勤，等主编．百病奇效良方妙法精选．北京：中国医药科技出版社，1991；368

[3] 秦万章．中西医结合杂志 1985；(3)：137

[4] 江西卢山人民医院．新医学 1978；(4)：171

[5] 秦万章．中成药研究 1982；(8)：41

[6] 胡熙明主编．中国中医秘方大全（中册）．上海：文汇出版社，1989；173～179

[7] 秦万章．中西医结合杂志 1989；(9)：541

[8] 秦万章．中成药研究（增刊） 1984；(2)：56

[9] 陈以平．中医杂志 1986；27 (8)：28

[10] 徐宜厚．新中医 1982；(7)：26

[11] 张俊庭主编．当代中医师灵验奇方真传．北京：中国医药科技出版社，1994；1229～1230

[12] 素红，等．内蒙古中医药 1994；13 (3)：15～16

[13] 刁金山，等．河南中医 1995；15 (2)：88～91

[14] 来春荣．浙江中医杂志 1995；30 (4)：158

[15] 秦万章．上海中医药杂志 1981；(4)：46

[16] 秦万章．中草药 1982；13 (2)：12

[17] 庄国康，等．中医杂志 1979；(6)：39

[18] 潘复初，等．临床医学杂志 1985；1 (2)：32

[19] 秦万章，等．上海中医药杂志 1983；(2)：26

[20] 秦万章主编．皮肤病研究．上海：上海科学技术出版社，1990；157

[21] 徐永正，等．中西医结合杂志 1989；9 (4)：234

[22] 王纪龙，等．浙江中医杂志 1988；23 (10)：443

[23] 袁兆庄，等．中西医结合杂志 1989；9 (3)：156

[24] 徐正福，等．中西医结合杂志 1988；8 (4)：227

[25] 丁济南，等．中西医结合杂志 1992；12 (1)：40

[26] 屠伯言，等．中西医结合杂志 1986；6 (4)：215

[27] 王仲英，等．吉林医学 1984；5 (2)：48

[28] 陈湘君．辽宁中医杂志 1995；22 (6)：257～259

[29] 蒋成章．北京中医 1993；(6)：23～25

[30] 杜秀兰．山东中医学院学报 1993；17 (2)：40～41

[31] 侯宗德，等．广西中医药 1993；16 (4)：3～5

[32] 郑京．等．福建中医药 1994；25 (5)：17～18

第六章　进行性系统性硬化症

第一节　概　述

进行性系统性硬化症（Progressive Systemic Sclerosis，PSS）又称系统性硬皮病。本病为一原因未明、累及结缔组织和血管的周身性疾病。临床特征表现为雷诺氏现象和皮肤硬化伴关节痛或关节炎。内脏受累可发生食管、肠管蠕动减弱，肺间质纤维化，心肌病变和肾硬化。病程漫长，开始病变可局限于皮肤，其后可演变成系统病变。食管返流并发吸入性肺炎或闭塞性肾动脉内膜炎导致肾功能衰竭，威胁生命的严重并发症。本病在我国并非罕见。病人以女性居多，常为20～50岁之间的育龄妇女，男女之比约为1∶2～3。内脏受累使病人寿命缩短，严重者可以丧失劳动力。西医药治疗本病主要采用肾上腺皮质激素、松弛激素、静脉封闭、血管扩张剂等。疗效均不够理想。

本病属于中医“皮痹”的范畴。中医认为皮痹多由气血不足，营卫不固，或肾阳衰微，导致风寒湿之邪凝于肤腠，滞于经络，内舍于脏腑所致。在治疗上主要抓住寒凝肤腠这一主要病机，采用温通的基本原则，对外寒痹阻脉络者，以通络活血为主，佐以温养气血；肾阳衰微、阴寒内盛者，以温肾壮阳为主，活血通络为佐。近二十年来，我国医学界开展了本病的中西医结合治疗，取得了可喜成绩。尤其是在中医辨证施治基础上酌加西药治疗，如温阳活血配皮质激素，活血化瘀配血管扩张药和抗凝药等，疗效优于纯中药或纯西药治疗，为本病的治疗开拓了新的途径。我国治疗本病的水平已进入世界先进行列。

第二节　病因病理

一、西医病因病理

（一）病因与发病机理

本病病因未明，目前认为与以下因素有关。

1. **感染**

化脓菌尤其是链球菌感染、耐酸菌感染以及病毒感染，被认为与本病发病有关。

2. **自身免疫调节失常**

表现为抑制性T细胞功能减退，B细胞功能亢进，产生大量抗体，在血液中形成抗原抗体复合物而致病。

3. **遗传因素**

部分患者有家族史、HLA-B_8 的频率增加、亲属中抗核抗体及染色体异常的发生率高。

4. **内分泌失调**

本病多见于女性病人，认为雌性激素与本病发生有关。临床上确有部分病人有内分泌失调，已证实内分泌功能失调是由相对应的自身抗体所造成的，表明这些内分泌改变与皮肤及其他内脏病变一样，均与自身免疫机制有关，系一种继发性现象，但可与其他因素协同，促进发病。

5. **胶原代谢异常**

病变的皮肤及内脏有过多的胶原沉积，是由于成纤维细胞过多制造胶原纤维所致。另外，发现皮损内胶原酶活性减低，影响胶原纤维的分解代谢。

6. **血管异常**

在疾病早期血清中可以检出一种血管内皮细胞毒性因子使血管产生病变，由此活化血循中的一些细胞并释放出强效的介质促使组织纤维增生。在皮肤、内脏中可见到小血管（以小动脉为主）挛缩，内膜增生，管腔狭窄和闭塞，以致组织、器官局部缺血，最后发生纤维化。

（二）病理

本病病变广泛，可累及全身各器官和组织。基本病理是小动脉和微动脉的内皮层无细胞的同心增厚，引起管腔狭窄和闭塞，有时可见到动脉炎和纤维蛋白样坏死伴单核细胞样浸润。这些病损造成缺血，引起纤维组织增生。各器官病变简述于下：

1. **皮肤**

初期真皮层胶原纤维水肿、分离，弹力纤维断裂，血管壁水肿伴淋巴细胞浸润。以后真皮层纤维化，表皮层萎缩变薄。

2. **消化道**

以食管病变最常见，食管下 2/3 粘膜变薄，粘膜下纤维组织增生，淋巴细胞浸润，肌层萎缩。类似病变也见于肠道，特别是十二指肠第 2、3 段及空肠和大肠。大肠病变可导致广口憩室。

3. **肺部**

肺小动脉内膜和肌层增厚。肺弥漫性间质纤维化。

4. **肾脏**

特征性改变见于小叶间动脉的内膜增生，肾小球纤维蛋白样坏死和皮层梗塞等肾硬化改变。

5. **其他器官**

骨骼肌间质纤维化；心肌间质纤维化，心肌梗塞，心包炎；关节的主要改变为滑膜炎，有淋巴细胞及浆细胞浸润。

二、中医病因病机

本病的发生，《内经》早有论述。如《素问·痹论》曰："风、寒、湿三气杂至，合而为痹"。《素问·五脏生成篇》谓："卧出而风吹之，血凝于肤者为痹。"《素问·四时刺逆从论》谓："少阴有余，病皮痹……"《灵枢·刺节真邪篇》曰："虚邪搏于皮肤之间，留而不去则痹，

卫气不行则为不仁。”《素问·痹论》云：“痹或痛，或不痛，或不仁……其不痛不仁者，为病久入深，营卫之涩行，经络时疏，故不通，皮肤不营，故不仁……”这些说明本病是因腠理不固，外邪侵袭，邪阻肌肤经络，气血痹阻而致。《诸病源候论·风湿痹候》认为皮肤顽厚是因“其风气多，而寒气少者，为风湿痹也。由血气虚，则受风湿而成此病。”《普济方·诸痹门·皮痹附论》把本病归于风寒湿之气所致，曰：“夫风寒湿之气杂至，合而为痹……当秋之时，感于之气，则为皮痹，盖言其时之所被感者，非有秋时而得之也。皮肤不营，而为不仁。”龚信《古今医鉴·卷十·痹痛》认为“痹病在皮者多寒”。李梴《医学入门·痹风》认为本病与痰瘀有关，指出：“麻属气虚，木属痰瘀。”沈金鳌集诸家之说，指出：“麻木，风虚病，亦兼寒湿痰血病也……按之不知，掐之不觉，有如木之厚。”不仅阐述了顽厚如木、麻木不仁等症状，而且综合了风、寒、湿、痰、瘀血诸致病因素，使对本病的认识深入了一步。对本病之内侵脏腑，历代医家也颇多论述。如《素问·痹论》曰：“五脏皆有合，病久而不去者，内舍于其合也。故……皮痹不已，复感于邪内舍于肺。”又说：“痹入脏者死。”《医宗金鉴·杂病心法要诀》曰：“久病皮痹，复感于邪，见胸满而烦，喘咳之证，是邪内传于肺，则肺痹也。”上述说明本病病久可影响脏腑，甚至造成死亡。根据古人经验，结合现代临床，将本病的病因病机概括如下：

（1）久居严寒、潮湿之地，或野外、雪天露宿，或卧出当风，或冒雨涉水，或劳累感寒受湿，风寒湿之邪侵袭肌肤，阻隔经络，致营卫不和，气血痹阻，皮肤失养而成。

（2）气血不足，营卫亏虚，卫外不固，腠理不密，风寒湿之邪乘虚外袭，凝结于肌肤，阻滞于经络，气血痹阻所致。

（3）脾肾阳虚，或肾阳不足，阴寒内盛，肌肤失养，抗邪无力，风寒湿邪侵袭，使气血凝滞而发本病。

（4）本病日久，迁延不愈，邪气内舍脏腑，以致脏腑失和，肝失调达，肺气不宣，脾失健运等，日久必致元阳虚亏，阴寒失布，凝结于全身腠理，使周身皮肤硬化，甚至危及生命。

第三节　诊　断

一、辨病·西医诊断

（一）症状与体征

1. 皮肤

可分水肿、硬化和萎缩3期。

（1）水肿期：皮肤紧张变厚，皱纹消失，肤色花白或淡黄，温度偏低，呈非凹陷性水肿。肢端型水肿往往先从手、足、面部开始，向上、下肢及颈肩处蔓延。弥漫性则多从躯干部开始，然后向周围蔓延。

（2）硬化期：皮肤增厚变硬如皮革，呈蜡样光泽，常有色素沉着，间有白斑、皮肤瘙痒或感觉异常，面部皮肤绷紧，面容呆板，甚至张口困难，手指伸屈受限，胸部紧束感等。

（3）萎缩期：皮肤萎缩变薄如羊皮纸样，甚至皮下组织及肌肉亦萎缩硬化，紧贴于骨骼，

形成木板样硬片，患处汗少和毛发脱落，指端及关节处易发生顽固性溃疡。

2. **胃肠道**

食管下端受累时出现吞咽困难，恶心、呕吐，胸骨后或上腹部灼痛或饱胀。胃肠道受累时表现为食欲不振，腹痛，腹胀，腹泻与便秘交替，晚期多见肠道吸收不良，可有肝脏损害。

3. **肺部**

干咳和进行性呼吸困难，晚期可见肺动脉高压和右心衰竭。

4. **肾脏**

中度蛋白尿和管型。常在某些诱因促发下，发生急性肾功能衰竭、高血压、氮质血症。常伴有微血管病性溶血性贫血。

5. **心脏**

心悸、胸闷及各种心律失常，偶尔可发生急性或慢性心包炎、心肌梗塞。

6. **骨关节及肌肉**

主要累及小关节，表现为肿胀、疼痛和强直，甚至畸形、固定，肌肉乏力，弥漫性疼痛，甚至发生肌萎缩。

7. **神经**

雷诺氏现象、多发性神经炎、惊厥、癫痫样发作。此外，尚有低热、疲倦乏力、体重减轻等。

（二）实验室及其他检查

1. **血液检查**

轻度贫血，血沉增快；血清白蛋白中度减低，球蛋白增高，白/球蛋白比例倒置，蛋白电泳示两种球蛋白显著增高；半数以上病人免疫球蛋白增高（主要是 IgG）；2/3 病例抗核抗体阳性；类风湿因子可呈阳性；红斑狼疮细胞偶可找到；肝功能絮浊试验可阳性。

2. **X 线检查**

皮下、肌肉等软组织可见广泛钙盐沉积之阴影；胃肠钡餐可见食道或胃蠕动减弱，甚至消失，呈弥漫性扩张或排空延迟，十二指肠下端和结肠可见憩室和节段性扩张；心、肺 X 线检查可见心脏扩大，心搏减弱，偶见心内膜炎和心包积液，肺纹理增加，两肺野下端出现弥漫性网状或线状阴影，亦可见到支气管囊性改变。

3. **心电图检查**

可见早搏、传导阻滞、T 波改变及心肌劳损等。

4. **皮肤组织活检**

主要为胶原纤维肿胀、纤维化、变性和真皮内小血管硬化及闭塞。

5. **皮肤感觉时值测定**

均较正常明显延长（延长 5～12 倍）。

（三）诊断要点

1. **诊断**

根据上述典型的症状、体征、实验室及其他检查较易作出诊断。但对一些不典型的，有多个内脏损害而无皮肤表现的病例，则诊断较困难，确诊靠病理检查。兹将日本厚生省 1973

年提出的本病诊断标准摘录于下，以供临床参考。

进行性系统性硬化症诊断条件（日本厚生省）：

Ⅰ主要表现

①皮肤

早期：原因不明的双手、颜面皮肤对称弥漫性肿胀浮肿。

晚期：皮肤硬化、手指曲屈挛缩。

②四肢

雷诺氏现象。

指端溃疡，瘢痕形成，末端指骨吸收，钙盐沉积。

③关节

多发性关节痛或关节炎。

④肺

肺间质纤维化。

⑥消化道

食管蠕动减弱、扩张。

Ⅱ病理所见

①前臂伸侧皮肤活检

胶原纤维肿胀、纤维化。

②血管壁

类似上述所见。

Ⅲ参考条件

①女性

②不规则发热

③舌系带短缩

④色素沉着

⑤颜面、颈、手掌毛细血管扩张

⑥实验室检查

血沉增快，γ-球蛋白增高，RF（+），ANA（+）。

Ⅴ诊断标准

疑似诊断

①具备第Ⅰ项中的1项。

②具备第Ⅰ项中的2、3、4、5中任何两项并除外其他结缔组织疾病。

确定诊断

①疑诊病例具备第Ⅱ项中的1或2项。

②具备主要表现中的3项以上症状。

2. 鉴别诊断

（1）成人硬肿症：皮损多从头部开始，向肩背部发展，为真皮深层肿胀、僵硬，局部无色素沉着，亦不发生萎缩，有自愈倾向。

（2）皮肌炎：眼眶周围有浮肿性淡紫色斑丘疹，并伴有明显肌无力、疼痛、触痛。24小

时尿中肌酸含量显著增加，以及根据有关其他实验室检查和病理改变，一般与本病鉴别并不困难。

二、辨证·中医诊断

（一）辨证要点

1. 辨痹阻部位及有关脏腑形证

本病初起，邪阻肌肤脉络，局部皮肤顽硬麻木，尚未侵脏腑，病属在表；病程日久，皮肤顽硬麻木广泛，甚至波及全身，并内传脏腑，兼有脏腑形证，病属在里。病变在里，又当分清以何脏受损为主，如肝寒凝滞，则皮肤顽硬色苍，筋脉挛急，关节疼痛、屈伸不利。伤及于肺，肺气不足，不能熏肤充身泽毛，则皮肤坚硬如革，气喘奔息。如脾阳不足，四肢、肌肉失于温养，则肌肉萎缩，肢体活动障碍；脾虚健运失职，则腹痛吐泻。若心阳虚衰，血不运于肌肤则皮硬而脆；心神失养则心悸、气短。如肾气虚衰，邪痹水泛，则皮肤顽硬而肿，光亮如蜡；筋骨失养，则腰膝酸痛，活动不利。

2. 辨清寒证类别

本病总属寒凝皮腠经络之证，其发生有因脾肾阳衰、阴寒内凝者，有因风寒湿邪入踞者。因外邪引起者，必起病急，病变范围局限；因脾肾阳衰而致者，必病程久，且伴全身虚寒之象。

（二）辨证分型

1. 风湿外袭证

[临床表现] 四肢或皮肤出现散在或局限的片状或条状皮损，色泽如蜡，摸之坚硬如骨，手捏不起，痛痒不显，关节屈伸不利，肢体沉重，舌淡红，苔薄白，脉浮滑。

[辨证分析] 风湿之邪客于肤腠，经络阻隔，气血痹塞，皮腠失养，故摸之坚硬，痛痒不显，难以捏起；风湿之邪束表，腠理闭塞，故肢体沉重，关节屈伸不利；舌淡红、苔薄白、脉浮滑为风湿在表之象。

2. 寒邪外袭证

[临床表现] 肢端皮肤发硬，色暗，手足冷紫，遇寒则甚，时有骨节疼痛，毛发脱落，无汗，舌淡红，苔薄白，脉弦紧。

[辨证分析] 寒邪外袭，经络阻隔，营卫失和，气血凝滞，故皮硬、色暗，手足冷紫；经络不通则骨节疼痛，皮肤失养则毛发脱落、无汗；舌淡红、苔白、脉弦紧为寒邪外袭之征。

3. 气虚血瘀证

[临床表现] 皮肤板硬，麻木不仁，肤色暗褐，四肢不温，肢体疼痛，屈伸不利，肢端青紫，神疲乏力，心悸气短，舌质淡暗或有瘀斑，脉弦细或细涩。

[辨证分析] 气血不足，外邪侵袭，以致血脉瘀阻，皮肤失养，故皮肤硬化、麻木、肤色暗褐；瘀血内阻，气血运行不畅，肌肉筋脉失养，故肢体疼痛，屈伸不利；气血不足，故神疲乏力，心悸气短；舌淡暗或有瘀斑、脉弦细或细涩为气虚血瘀之征。

4. 肾阳虚衰证

[临床表现] 周身皮肤板硬、肿胀，皮肤变薄，肤色光亮如蜡，局部皮肤多呈粉红色或黑白相间，面少表情，眼睑不合，口唇缩小，舌短难伸，腰酸耳鸣，畏寒肢冷，便溏溲清，妇女月经不调，男子滑精阳痿，舌淡胖，苔薄白，脉弦细或沉细。

[辨证分析] 肾阳虚衰，营卫不固，寒邪外袭，邪阻络脉，气血痹阻，故皮肤板硬、变薄；肾阳不足，外府失荣，清窍失充，故腰酸耳鸣；肾阳虚衰，形体失于温养，则畏寒肢冷；水湿泛于肌肤则肿胀；水湿不得运化则溲清便溏；舌淡苔白、脉弦细或沉细为肾阳虚衰之征。

5. **久痹及肺证**

[临床表现] 本病迁延日久，复感风寒，入舍于肺，轻则咳嗽，痰多稀白，形寒怕冷；重则胸满气急，喘咳痰鸣，苔白滑，脉弦紧。

[辨证分析] 病久体虚，复感风寒之邪，循经内传于肺，肺失宣降，故咳喘；胸中气机不畅故胸闷气短；痰饮内停于肺故痰多稀白；寒伤阳气故形寒怕冷；苔白滑、脉弦紧均为寒饮之象。

6. **胸阳痹阻证**

[临床表现] 四肢或周身皮肤顽硬，心悸气短，心胸憋闷或疼痛，或肢端冷紫，舌质暗紫，脉微细。

[辨证分析] 心气素虚或寒邪外袭痹阻心阳，阳气不得外达，血行瘀滞，肌肤失养，故皮肤顽硬，肢端冷紫；心脉瘀阻，心失所养，故心悸气短，心胸憋闷、疼痛；舌暗紫、脉微细为阳虚血瘀之象。

7. **脾胃虚寒证**

[临床表现] 皮肤硬化、萎缩，伴面色萎黄，畏寒肢冷，食欲不振，胃脘满闷，腹胀便溏，舌淡苔白，脉沉迟无力。

[辨证分析] 脾胃阳虚，气血化源不足，皮肤、肌肉失养，故皮肤硬化、萎缩、面色萎黄；阳虚无以温煦，故畏寒肢冷；脾失健运则胃脘满闷、腹胀便溏；舌质淡、苔白、脉沉迟无力均为脾胃虚寒之象。

8. **阴虚内热证**

[临床表现] 皮肤硬化，皱纹消失，皮肤干枯，皮骨相贴，指端紫黑，掌指瘀点，低热缠绵，手足心热，腰膝酸痛，便秘咽干，齿浮齿衄，舌红少津，脉细数。

[辨证分析] 本证多为外邪内侵脏腑，外阻经络，气血痹阻，血瘀郁热，伤阴化火所致。气血痹阻脉络，阴血不足，肌肤失养，故皮肤硬化、皱纹消失，皮肤干枯，指端紫黑，掌指瘀点；阴虚内热，故低热，手足心热，便秘咽干；虚火上浮，故齿浮齿衄；舌红少津、脉细数为阴虚内热之象。

第四节　治　疗

一、西医西药治疗

本病目前尚无特效疗法，部分病人经治疗后病情可停止发展或得以缓解。

（一）一般治疗

去除感染病灶，增加营养，戒烟，注意保暖和休息，避免精神刺激、过度紧张和劳累。

（二）药物治疗

1. 肾上腺皮质激素

能改善关节症状及皮肤、血管、肌肉病变，但对内脏病变引起的症状无帮助。一般选用强的松，开始用量为每日 30mg，以后可渐减至维持量（一般为每日 10～15mg）。对肾有损害者，特别对肾病综合征病人可合用免疫抑制剂如环磷酰胺，效果较好。

2. D-青霉胺

能阻断胶原分子交叉连接，增加可溶性胶原，改善皮肤硬化现象。开始用量为每日 300mg，每周增加 100mg，至 600～1500mg，可合用维生素 B_6，连服 2～3 周。副作用有药疹、发热、肾病综合征、白细胞和血小板减少等。

3. 秋水仙碱

有抗炎和抑制成纤维细胞从微管分泌胶原纤维的作用，能使皮肤变软、食管蠕动改善。每日服 0.5～1.5mg。副作用为抑制骨髓、损害肝脏、引起腹泻和精神抑郁等。

4. 小分子右旋糖酐

可降低血液粘度，改善微循环。每日 500ml，静滴，每日 1 次，7～10 天为 1 疗程。

5. 妥拉苏林

可改善雷诺氏现象及肢端坏死性溃疡。每次 25mg，每日 3～4 次。

6. 肝素

能改善雷诺氏现象、肾损害及血栓性静脉炎引起的出血。

7. 透明质酸酶

可使结缔组织解聚，从而减少胶原纤维的生物合成，对皮肤硬化、溃疡和钙质沉着均有效。每次 1500μ，静注或肌注，每周 3 次，连用数月，总量可达 9 万 μ。

8. 硫唑嘌呤

为免疫抑制剂，可单用或与激素并用，可使皮肤及关节病变改善。每次 50mg，每日 2～3 次，持续服用半年以上才能显效。

二、中医中药治疗

（一）辨证论治

1. 风湿外袭证

[治法] 祛风除湿，通络和血。

[方药] 荆防败毒散加减。

荆芥 10 克，防风 10 克，羌活 10 克，独活 10 克，柴胡 10 克，桂枝 10 克，薄荷 10 克，当归 10 克，赤芍 10 克，地龙 10 克，红花 10 克，枳壳 10 克，茯苓 10 克，甘草 6 克，生姜 6 克。

[加减] 关节痛明显者加乳香、没药以活血止痛；皮肤明显变硬变薄者可加乌梢蛇、全蝎等虫类搜风剔络之品；脾虚便溏者可加白术、薏苡仁健脾渗湿。

[分析] 本方由荆防败毒散去前胡、桔梗，加桂枝、当归、赤芍、地龙、红花而成。方中羌活、独活、荆芥、防风、柴胡、薄荷、生姜散风除湿；茯苓、甘草健脾祛湿；川芎、当归、赤芍、桂枝、地龙、红花活血通络行痹。合方共奏祛风除湿、通络和血之功。

2. **寒邪外袭证**

[治法] 温经散寒，活血通络。

[方药] 阳和汤加减。

麻黄 6 克，桂枝 10 克，赤芍 6 克，熟地黄 10 克，鹿角胶 10 克，丹参 15 克，炮姜 5 克，炒白芥子 5 克，羌活 10 克，独活 10 克，甘草 6 克，黄芪 10 克。

[加减] 关节疼痛较甚者，可加虫类药如全蝎、乌蛇等；肢端紫暗较甚者，可加皂角刺、片姜黄、桃仁等。

[分析] 方中麻黄、桂枝、白芥子通阳散滞，宣通气血；炮姜、肉桂温阳和阴，温通经脉；丹参、赤芍养血活血；黄芪、甘草益气；熟地温补营血；鹿角胶养精补髓，助阳壮筋骨；羌活、独活除表里之风湿。全方共奏温经散寒、活血通络之功。

3. **气虚血瘀证**

[治法] 益气活血通络。

[方药] 补阳还五汤加减。

黄芪 60 克，赤芍 10 克，川芎 10 克，当归 10 克，桃仁 10 克，红花 10 克，地龙 10 克，穿山甲 10 克。

[加减] 若脾胃虚弱者，可加党参、白术补气健脾；肢体冷痛明显者，可加制附子温阳散寒；若皮肤厚硬者加海藻、昆布、牡蛎。

[分析] 方中黄芪大补元气；当归、赤芍、川芎、桃仁、红花、地龙化瘀通络；穿山甲善通孙络。合而为剂，共奏益气活血通络之功。

4. **肾阳虚衰证**

[治法] 温补肾阳，散寒通络。

[方药] 右归丸加减。

熟地黄 10 克，山茱萸 10 克，制附子 10 克，杜仲 10 克，肉桂 6 克，山药 10 克，当归 10 克，鸡血藤 15 克，伸筋草 12 克，川芎 10 克，苏木 12 克，鹿角胶 10 克，菟丝子 10 克。

[加减] 若皮肤坚硬绷紧者，可加三棱、莪术、牡蛎软坚散结；若畏寒肢冷甚者，可加肉苁蓉、仙茅、巴戟天等。

[分析] 方中附子、肉桂加血肉有情的鹿角胶，以温补肾阳，填精补髓；熟地、山茱萸、山药、菟丝子、杜仲，俱为滋阴益肾，以阴中求阳，且养肝补脾；当归养血活血，温经散寒；川芎理气活血；鸡血藤、苏木、伸筋草行血通经，舒筋活络。合而共奏温补肾阳、散寒通络之功用。

5. **久痹及肺证**

[治法] 温肺化痰，止咳平喘。

[方药] 小青龙汤合二陈汤加减。

炙麻黄 6 克，细辛 6 克，干姜 6 克，五味子 5 克，姜半夏 10 克，茯苓 10 克，炒白芍 10

克，炒莱菔子10克，陈皮10克，苏子10克，甘草5克。

[加减] 若咳喘较重者，可加炒杏仁、白果等；若兼脾虚湿胜者，可加白术、厚朴等。

[分析] 麻黄、干姜、细辛温肺化痰止咳；半夏、茯苓、甘草健脾燥湿化痰；苏子降气平喘；陈皮理气化痰；五味子敛肺平喘；白芍滋敛肺气。全方共奏温肺化痰、止咳平喘之功。

6. 胸阳痹阻证

[治法] 宣痹通阳，益气活血。

[方药] 瓜蒌薤白汤合生脉散加减。

瓜蒌15克，薤白10克，人参10克，麦冬12克，五味子10克，郁金10克，赤芍10克，丹参15克，黄芪15克。

[加减] 若胸痛较甚者，可加延胡索、生蒲黄等；若肢端青紫较甚者，可加穿山甲、乌梢蛇；若下肢浮肿者，可加车前子、冬瓜皮。

[分析] 方中生脉散益气养阴复脉；瓜蒌、薤白宣痹通阳；郁金、赤芍行气活血；丹参养血活血；黄芪补益元气。全方共奏宣痹通阳、益气活血之功用。

7. 脾胃虚寒证

[治法] 甘温扶脾，佐以通络。

[方药] 参苓白术散加减。

人参10克，炒白术12克，茯苓12克，陈皮10克，炒扁豆10克，山药15克，丹参15克，炙甘草6克，干姜6克，砂仁6克，炮山甲6克。

[加减] 肢端青冷明显者加姜黄；气短明显者加黄芪；呕吐、进食困难加刀豆子、竹茹；皮肤萎缩较重者加龟板胶、鹿角胶；肢端溃疡加白蔹、血竭。

[分析] 方中人参、茯苓、白术、甘草健脾益气，温助脾阳；山药、扁豆健脾渗湿；干姜温中祛寒；砂仁、陈皮健脾理气，和胃化湿；丹参、穿山甲活血通络，软坚散结。

8. 阴虚内热证

[治法] 养阴清热，佐以活血通络。

[方药] 知柏地黄汤合增液汤加减。

知母10克，黄柏10克，生地15克，麦冬15克，玄参10克，丹皮10克，山茱萸10克，山药10克，茯苓10克，茜草20克，忍冬藤30克，川牛膝12克。

[加减] 有蛋质血症加半枝莲、白花蛇舌草；皮肤皱纹明显加鳖甲。

[分析] 方中知母、黄柏滋阴清热泻火；山茱萸滋肾益肝；生地、玄参、丹皮养阴清热，凉血散瘀；麦冬养阴生津，清心除烦；山药滋肾补脾；茯苓健脾渗湿，宁心安神；牛膝补肾活血；茜草凉血活血，祛瘀通络；忍冬藤甘寒，善清经络中风湿热邪而止疼痛。合方共奏养阴清热、活血通络之功用。

（二）验方治疗

1. 化瘀解毒汤（编者拟名）[1]

[组成] 银花、鸡血藤、泽兰、丹参、元参、首乌、夏枯草、元胡、郁金、乳香、没药。

[加减] 营卫不和者，加黄芪、桂枝；四肢厥冷者，加肉桂、附子、黄芪、桂枝。

[用法] 水煎服，每日1剂。

[功用] 活血化瘀，清热解毒。适用于本病早期表现为血瘀毒热证者。

[疗效观察] 用本方治疗 52 例，显效 16 例，有效 31 例，无效 3 例，死亡 2 例。

2.605 **配方**[2]

[组成] 乳香、没药、川郁金。

[用法] 制成蜜丸，每丸 10 克。每次 2 丸，每日 3 次。

[功用] 活血化瘀。

[疗效观察] 经临床观察，显效率为 28.8%，有效率为 69.2%，总有效率为 98%。

3. **通阳祛瘀化硬汤**[3]

[组成] 黄芪、鹿角胶、当归、川芎、桃仁、熟地、麻黄、赤芍、桂枝、细辛、红花、甘草、生姜、大枣。

[加减] 病程长者加党参；四肢厥冷者加熟附片。

[用法] 水煎服，日 1 剂。

[功用] 益气温阳，活血化瘀。

[疗效观察] 治疗 12 例，均痊愈。

4.79—2 **片**[4]

[组成] 当归、川芎、红花、葛根。

[用法] 上药各等分制成片剂，每片含生药 1 克，每次服 4～8 片，每日 3 次。

[功用] 活血化瘀。主治各型硬皮病。

[疗效观察] 用本方治疗硬皮病 414 例，取得较好疗效。其中系统性硬皮病 118 例，显效率为 40.7%，总有效率为 96.6%；局限性硬皮病 296 例，显效率为 44.9%，总有效率为 97.6%。实验室检查证实该药有改善血液循环及胶原纤维代谢、调节纤维母细胞功能等作用，长期使用无副作用。

5. **牡蛎鳖甲汤**[5]

[组成] 煅牡蛎、钩藤各 30 克，醋鳖甲、昆布、海藻、丹参各 15 克，木瓜、丝瓜络、元胡索各 9 克。

[用法] 水煎分 2 次温服，隔 2～3 日服 1 剂。

[功用] 软坚散结，活血通络。

[疗效观察] 用牡蛎鳖甲汤治疗硬皮病 17 例，痊愈 7 例，显效 6 例，好转 4 例，总有效率为 100%。收效时间最短 14 天，长者 3 个月左右。

6. **温阳通痹汤**[6]

[组成] 黄芪、山药、赤芍各 12～15 克，党参、当归、丹参、茯苓各 9～12 克，白术、陈皮、制川乌、制草乌、桂枝各 6～9 克，炙甘草、路路通各 9 克。

[加减] 脾阳虚加炮姜、姜半夏、广木香、砂仁；肾阳虚加制附片、巴戟天、仙灵脾、仙茅、鹿角胶或鹿角片、淡苁蓉；肢端冰冷、青紫加细辛、鸡血藤、红藤；皮肤硬化较甚加甲珠、皂刺、川芎；溃疡不敛加白蔹、赤小豆。

[用法] 水煎服，日 1 剂。

[功用] 益气温阳，活血通痹。

[疗效观察] 用温阳通痹汤治疗进行性系统性硬化症 8 例，近期痊愈（皮损柔软，有毳毛生长，化验正常，能从事一般劳动）3 例，显效（皮损柔软，有毳毛生长，化验正常，能从事部分轻微劳动，但内脏和皮损尚未完全恢复，如指部弯曲、伸屈困难等）5 例，总有效率为

100%。全部患者均连服中药3个月以上，未用激素及其他西药。服药剂数为84～280剂，平均服药剂数为159.2剂。

7. **参芪丹地汤（编者拟名）**[7]

[组成] 党参、黄芪各15～30克，熟地、首乌、鸡血藤各30克，丹参15克，鹿角胶12克，桂枝、红花、赤芍、陈皮、香附各9克，甘草6克。

[加减] 阳虚畏寒酌加附子、肉桂；脾虚便溏加五味子或白术；关节痛加秦艽、桑寄生、乌梢蛇；便秘加当归、桃仁；指端溃疡疼痛加元胡或乳香、没药；阳痿加仙灵脾；脉结代者甘草改用炙甘草。

[用法] 水煎分2次温服，日1剂。

[功用] 活血化瘀，调和营卫，补气养血，温补肾阳。

[疗效观察] 用参芪丹地汤治疗100例全身性硬皮病，基本痊愈者8例，显效者43例，有效者40例，总有效率为91%。疗程最短者3个月，最长者9年，一般为1年左右。

8. **参芪归丹二蛇汤（编者拟名）**[8]

[组成] 黄芪、党参、当归、丹参各15克，赤芍、川芎各9克，红花、桂枝各6克，鸡血藤9克，肉桂3克，仙灵脾、腹蛇、祁蛇各9克，甘草6克。

[加减] 心悸或脉结代者加枣仁、茯神、远志；肺虚气急气短者加沙参、麦冬、桔梗、川贝母；吞咽困难者加旋复花、代赭石、陈皮、枳壳；肾阴虚者加女贞子、旱莲草、元参；脾虚便溏者加白术、淮山药、陈皮、茯苓；肢端溃疡者加元胡或乳香、没药。

[用法] 水煎分2次服，日1剂。

[功用] 温阳通络，活血化瘀，调和营卫，扶正祛邪。

[疗效观察] 用参芪归丹二蛇汤治疗系统性硬皮病180例，显效36例，好转109例，总有效率为80.6%。

9. **归参紫枯汤（编者拟名）**[9]

[组成] 当归、元参、甘草各15克，银花、郁金、泽兰、紫草、夏枯草各30克，赤芍60克。

[用法] 每日1剂，水煎分2次服。

[功用] 行气活血，解毒消肿。

[疗效观察] 用归参紫枯汤治疗硬皮病急性发作期25例，痊愈5例，显效6例，有效13例，总有效率为96%。

10. **消硬汤（编者拟名）**[10]

[组成] 制川乌9克，制草乌9克，桂枝9克，羌活4.5克，独活4.5克，秦艽6克，炒防风6克，汉防己9克，伸筋草12克，连翘12克，白芥子1.5克，生黄芪12克，全当归9克，桑寄生9克，川牛膝9克，元参9克。

[加减] 有雷诺氏征者去元参，加附子、丹参、泽兰、漏芦；肌肉关节酸麻痛者加泽兰、丹参、白薇、贯众；咳嗽加麻黄、前胡、桔梗；尿蛋白阳性者加白术、黑料豆、玉米须、米仁根；肝脏损害者加黄芩、香附、丹皮。

[用法] 水煎分2次温服，日1剂。

[功用] 祛邪化瘀，补益肝肾。

[疗效观察] 用本方治疗系统性硬皮病4例，均获满意疗效，患者恢复正常生活。

11. **硬皮汤合外洗方（编者拟名）**[11]

[组成] 内服汤剂：羌活、独活、秦艽、防风、当归、白芍、桂枝、红花各 10 克，细辛 3 克，川芎 6 克，熟地、桑枝、木瓜、黄芪各 15 克，茯苓 12 克，甘草 5 克。外洗方：伸筋草、透骨草、络石藤、海桐皮、千年健、追地风、红花、独活、当归、苏木各 30 克，鸡血藤、桑枝、槐枝、柳枝各 60 克。

[用法] 内服汤剂：水煎服，日 1 剂。外洗方：水煎外洗，日 2 次。3 个月为 1 疗程。

[功用] 益气养阴健脾，祛风除湿，温经散寒，活血通络。

[疗效观察] 用上方治疗硬皮病 16 例，结果显效（经 1～2 疗程治疗，局部硬化皮损较前明显变软，皮肤弹性基本恢复正常）7 例，有效 8 例，无效 1 例。

12. **戟羊苋蓉方（编者拟名）**[12]

[组成] 党参 15 克，茯苓 15 克，生黄芪 15 克，炒苡仁 15 克，土炒白术 10 克，淡苁蓉 10 克，陈皮 10 克，巴戟天 10 克，仙灵脾 15 克，丹参 12 克，山药 20 克，橘络 6 克。

[加减] 心悸气短者加高丽参、冬虫夏草；肢端青紫冰冷者加鸡血藤、红藤、片姜黄；食少、呕吐、吞咽困难者加半夏、刀豆子、竹茹、橘皮；肢体浮肿者加汉防己、苍术皮、扁豆皮；皮肤硬化者加桃仁、制川乌、制草乌、皂刺、川芎、甲珠；皮肤萎缩者加龟板、鹿角胶；溃疡日久不易收敛者加白蔹、赤小豆。

[用法] 水煎服，日 1 剂。

[功用] 温阳扶脾通痹。主治脾肾阳虚、寒湿痹阻型硬皮病。

[疗效观察] 用本方治疗 25 例硬皮病，临床治愈 13 例，占 52%；好转 9 例，占 36%。总有效率为 88%。

13. **桃益参红汤**[12]

[组成] 丹参 15 克，鸡血藤 15 克，泽兰 9 克，川郁金 9 克，益母草 9 克，苏木 9 克，川芎 9 克，熟地 15 克，桃仁 9 克，红花 9 克，赤芍 9 克，当归 9 克。

[加减] 内服上方的同时可配用川乌 9 克、草乌 9 克、炮姜 6 克、鸡血藤 15 克、川桂枝 9 克、草红花 15 克、伸筋草 15 克、透骨草 15 克，煎汤外洗，每日 1 次。或用上述内服方药渣洗皮损处。

[用法] 水煎服，日 1 剂。

[功用] 活血化瘀。主治各型硬皮病。

[疗效观察] 用本方治疗硬皮病 123 例，经 3 个月以上时间治疗，显效者 53 例，有效者 67 例，总有效率达 97.56%。

（三）单味药治疗

1. **积雪草（落得打）**[13]

[药理] 积雪甙能抑制成纤维细胞的增殖，动物实验提示可使酸性粘多糖和胶原量明显降低，抑制转氨酶的活性，对结缔组织的基质和纤维成分有抑制作用，使酸性粘多糖的合成受到抑制。

[用法] 从积雪草中提取积雪甙，制成片剂，每片含积雪甙 6 毫克。每次 3～4 片，每日 3 次。疗程一般为 6 个月～1 年。

[疗效] 治疗 45 例，显效 11 例，好转 24 例，无效 10 例，总有效率为 77.8%。本药可使

患者大部分症状和体征得以改善，并能改善体液及细胞免疫功能。唯对雷诺氏现象的改善欠佳。

2. **灵芝**[14]

[药理] 提高单核—巨噬细胞吞噬功能和/或白细胞吞噬功能，有利于防治感染；清除体内变应原和免疫复合物（IC）、血凝物质，从而减少组织损伤和继发免疫调控紊乱；提高红细胞 2、3—二磷酸甘油浓度，使氧离曲线后移，氧与血红蛋白亲和力降低，有利于向组织释放；并对中枢神经系统有镇静作用。

[用法] 用灵芝菌丝体制成注射液，每支 2 毫升，每日肌肉注射 1～2 支，连用 1～4 个月为 1 个疗程。必要时可继续使用数疗程。

[疗效] 治疗硬皮病 25 例（其中进行性系统性硬化症 12 例），显效 10 例，好转 11 例，总有效率为 84%。所有病例用药 1 年半，未发现任何副作用。治疗后皮肤变松软，可以皱折和捻起，口能张开，头能前俯后仰，关节活动度加大，雷诺氏现象缓解。

3. **丹参**[15]

[药理] 扩张血管，改善微循环；抗血凝，抑制胶原纤维合成；抗炎，抗变态反应，降低 IgE 及 γ 球蛋白。丹参的水溶剂有效成分，丹参素亦有类似效果。

[用法] 制成针剂，每支 2ml（含生药 4 克）。每次用 8～16ml，加入低分子右旋糖酐或 5～10%葡萄糖溶液 500ml 内静滴，每日 1 次，10～20 天为，一疗程。连续或间歇应用。

[疗效] 治疗 16 例（其中 15 例为系统性硬化症），显著好转 6 例，占 37.5%；好转 5 例，占 31.3%；无效 5 例，占 31.2%。总有效率为 68.8%。

4. **桑叶**[16]

[药理] 动物实验表明，桑叶所含的脱皮激素能促进细胞生长，刺激真皮细胞分裂，产生新生的表皮并促使昆虫脱皮。对人体能促进蛋白质合成，排除体内胆固醇，降低血脂；能提高巨噬细胞吞噬指数，使嗜酸性细胞增多；并有较强的抗菌作用。

[用法] 制成桑叶（纤溶素）注射液，每支 2 毫升，每次肌肉注射 1～2 支，每日 1 次。

[疗效] 治疗硬皮病 5 例，4 例收到较为满意的效果。其疗效表现为患部渐渐松软，斑片状损害明显变软，边缘硬界基本消失，患部脱屑，损害处皮肤色泽向正常转化。

5. **当归、毛冬青**[17][18]

[药理] 当归能增加外周血流量和减少血管阻力，且其作用随药物剂量加大而增强，本品扩血管作用与 α 或 β 受体兴奋无关，而与 M 受体及组胺 H_1 受体兴奋有关；降低血小板聚集及抗血栓形成；对免疫功能影响方面，可明显抑制抗体的产生，能显著增加小鼠玫瑰花形成数，小鼠脾脏体积增大，重量显著增加，即脾细胞总数增多；还能显著增强巨噬细胞的吞噬功能，提高网状内皮系统对染料的廓清速度，说明有促进非特异性免疫功能作用；此外尚有抗炎、镇痛、镇静等作用。毛冬青有扩张外周血管作用，且其作用与胆碱受体有关；有抑制血小板聚集、抗血栓形成等作用；此外尚有抗菌、减轻动脉粥样硬化等作用。

[用法] 用当归、毛冬青分别制成注射液，每支 2 毫升，每次肌肉注射 1～2 支，隔日或每日 1 次。两药单独或合并应用，或另加当归注射液作双侧合谷穴位注射。

[疗效] 治疗硬皮病 5 例，2 例痊愈，3 例有效。毛冬青糖浆或片剂，口服治疗本病亦有类似效果。

（四）其他疗法

1. 针灸疗法

[选穴] ①组：曲池、足三里、三阴交、血海、阳池、中脘、关元。②组：大椎、肾俞、命门、脾俞、膏肓、中脘。③组：神阙、气海、关元、肺俞、膈俞、阳池。

[治法] 三组穴位轮流交替，每日1次，用子午补法，也可并用灸法。

2. 灸罐并用

以益气温阳、活血化瘀为选穴原则，选取四组穴：①大椎、肾俞；②命门、肾俞；③气海、血海；④膈俞、肺俞。轮流施用灸罐。

3. 推拿疗法

[选穴] 中府、列缺、经渠、缺盆、足三里、心俞、肺俞、脾俞、肾俞。

[手法] 采用按、压、推、摩、点拔、滚法。手法强度宜重些，以患者能够耐受为度；但必须柔中有刚，刚柔相济。一般每日1次，2个月为1疗程，多数1～2个疗程即可见效。

4. 外治法

(1) 鲜生地60克，鲜黄精60克，捣取自然汁；当归15克，白芷3克，白芥子15克，入麻油中熬，去渣取麻油；蜂蜜90克。自然汁、麻油、蜂蜜混合拌匀，外敷。

(2) 取桃、柳、桑、槐、榆树枝各一尺，乳香、没药、羌活、千年健、三七、鸡内金各15克，用香油500毫升煎开，纳以上诸药，炸至焦黄，去药渣，趁热加入黄丹250克，调制成膏备用。用法：将药膏加温后涂于纱布，敷患处，每日1次。

(3) 透骨草30克，桂枝15克，红花10克，艾叶15克，加水煎熬，先熏后洗，每日1次。

(4) 黄药子250克，水煎熏洗。

(5) 伸筋草、透骨草、乳香、没药、艾叶，水煎热洗。

(6) 红花10克，桂枝10克，细辛5克，浸入高粱酒200ml中，冬泡9天、夏泡7天后备用。用法：把酒液加温后涂于患处，并加以按摩，每次10～15分钟，每日2～3次。

(7) 取豆腐适量，按病变部位大小切成薄片（每次需2片），放置沙锅内加热，待温度降至患者能耐受时敷患处（2片豆腐轮番热敷，豆腐可反复加热，使用至无浆析出后弃去），每日1次，每次15分钟。如热敷中出现紫泡无须处理。

(8) 归尾、肉桂各60克，干姜、红花、山花椒各30克，樟脑、细辛各15克。将上药加入95%酒精1000毫升中浸泡1周，涂擦患处至发热为度，每日2～3次。

5. 食疗

(1) 黄芪60克，萆薢45克，防风45克，川芎45克，牛膝45克，独活30克，山萸肉30克，五味子60克。上药共为粗末，用白布包后置净器中，用好酒1500克浸之，秋冬5日后开封，春夏3日后开封，去渣备用。每日空腹温饮1～2杯。本方具有益气补虚、壮腰膝、和血脉之功。适用于硬皮病属阳虚寒凝血瘀者。

(2) 桂心末30克，粳米120克，冰糖适量。浆桂心研细末，以淘洗净的粳米加适量水煮粥，粥将熟时，放入桂心末，稍煮片刻，停火起锅即成。本方具有补元阳、暖脾胃、除积冷、通血脉之功。

(3) 黄雌鸡1只，肉苁蓉、生山药各少许，粳米60克，姜末、椒末各少许，盐适量。将雌鸡宰杀，去毛，剖肚，去内脏，洗净，切小块，与淘洗净的粳米、生山药、苁蓉同煮粥，粥

[治疗方法]

中药基本方由黄芪、党参、当归、川芎、桃仁、红花、赤芍、鸡血藤、丹参、桂枝、细辛组成。阳虚者加附子、肉桂、熟地；气虚者重用党参、黄芪；血虚者加首乌、黄精、黑豆衣；气血两虚加十全大补丸；肾阳虚配合肾气丸、全鹿丸；肺虚咳嗽气促选加冬花、紫菀、苏子、百部、细辛；心气阴虚重用参、芪，选加远志、酸枣仁、柏子仁；便秘选加枳壳、枳实、郁李仁、火麻仁、肉苁蓉；腰膝酸软、疼痛无力，选加菟丝子、川断、杜仲、独活、羌活、防己。西药用小剂量皮质激素强的松，每日 10～15mg 或隔日 15mg，或加小剂量免疫抑制剂硫唑嘌呤 50mg，每日 1 次。辅助治法：①丹参或川芎嗪注射液，用于活动期及雷诺氏征显著者。丹参注射液用法为 10～20ml 加入低分子右旋糖酐 500ml 中静滴，每日或隔日 1 次，15 次为 1 疗程，疗程间休息 7～10 日，可继续应用。川芎嗪注射液用法为每次 200～250mg 加入 5%葡萄糖液 500ml 中静滴，余用法同丹参注射液。②尿激酶注射，用于坏死性血管炎型病人，用法为 1～3 万单位加入 5%葡萄糖溶液 500ml 中静脉滴注，每日 1 次，10 次为 1 疗程。疗程间及缓解期，选配肾气丸、补中益气丸、十全大补丸。③复活硬皮病外洗方：大黄、桂枝、细辛、川芎、红花、苏木、伸筋草、肉桂、豆豉、姜、艾叶、透骨草、宽筋藤、樟脑、刘寄奴等，选其中 5～6 味组成，各 20～45 克，水煎，浸泡或熏洗患肢与手足，每次半小时左右，每日 1～2 次。1 个月为 1 个疗程。④部分病例配合针灸、按摩。

[治疗结果]

广州用上述治疗方案治疗 24 例，显效 10 例，有效 13 例，无效 1 例。随访 17 例，稳定 3 年以上 7 例，1～2 年 5 例，好转并继续治疗 5 例。

方法四[19]

[治疗方法]

(1) 中药汤剂：基本方：牡蛎 30 克，制附子 10～15 克，淫羊藿 20 克，防己、红参、王不留行各 10 克，桂枝、仙茅各 12 克，白芥子、穿山甲各 6 克。加减：脾阳虚加炮姜；四肢冷凉、青紫加细辛、丹参、川芎；肌肉关节疼痛、麻木加泽兰、贯众、秦艽、木瓜；肢体溃疡加乳香、没药、三七粉、白蔹。日 1 剂，水煎服。30 日为 1 疗程，疗程间隔 5～7 日。

(2) 中药揉擦法：蜀羊泉 40 克，羌活、独活、桂枝各 20 克，当归 30 克，红花 15 克，细辛 10 克，加 95%酒精 1000 毫升，浸泡 5～7 日，揉擦患处至皮肤热感为度。日 2～3 次。

(3) 西药：酌情选用强的松、环磷酰胺、积雪甙、秋水仙碱。

上述药物合用，治疗 3 个月～2 年。

[治疗结果]

用本法治疗系统性硬化症 12 例，显效 3 例，好转 7 例，无效 2 例。随访 1～3 年者 7 例，病情稳定。

方法五[20]

[治疗方法]

(1) 中药汤剂：海马、龟板、鳖甲、丹参。随症加减。

(2) 中药针剂：脉络宁注射液 20～40ml，加 5%葡萄糖注射液或 0.9%的生理盐水 500ml，静脉滴注。日 1 次，15 次为 1 疗程。

(3) 西药：对症用相应的西药治疗，对使用激素的患者逐渐减停。

上述药物合用，治疗 3 个月～1 年。

[治疗结果]

用本法治疗进行性系统性硬化症 46 例，结果显效（皮肤基本或大部分恢复正常、变软而无明显萎缩，心、肝、肺、肾、消化道功能及血沉等实验室检查有显著好转，血、尿常规正常，免疫指标有不同程度改善）31 例，有效（上述指标均有一定的好转或恢复）15 例，总有效率为 100%，显效率为 67.39%。具体疗效为：皮肤硬化者 46 例，恢复正常 17 例，不同程度软化 29 例；色素沉着者 46 例，均有不同程度变淡；雷诺氏征者 46 例，10 例 3 个月未复发，36 例有不同程度减轻；吞咽困难者 12 例，3 例消失，9 例不同程度恢复；指趾溃疡者 7 例，4 例痊愈，3 例好转；关节损害 3 项指标（关节疼痛、肿胀、功能）均有改善（$P<0.001$）；心、肺、肾及免疫情况均有不同程度改善；测定其中 34 例患者 PVL 红外光肢体血流，与 33 例正常人比较，波幅显著性降低，治疗后血流情况显著改善（$P<0.01$）。

方法六[21]

[治疗方法]

（1）中药汤剂：益气通痹基本方：生黄芪 30 克，白术、虎杖各 15 克，桂枝、灵仙、乌梢蛇、桃仁、红花各 10 克，细辛 5 克。加减：面肢光亮肿著者加大腹皮、防己、牛膝各 10 克；皮肤僵硬加鹿角片 10 克、牡蛎 15 克、土元 6 克；关节痛甚加制附子 6～10 克、枳实 10 克；吞咽不利加苏梗、玉竹各 15 克；肺组织纤维化加炙百部 15 克，紫丹参、马兜苓各 10 克；心律不齐加当归、苦参各 10 克，川芎 6 克。日 1 剂，水煎服，15 剂为 1 疗程。

（2）中药针剂静滴：复方丹参注射液 16ml，加入 5%葡萄糖 500ml 中静脉滴注，15 次为 1 疗程。

上述药物治疗 2～4 个疗程。

[治疗结果]

用本法治疗硬皮病 16 例，结果显效 5 例，有效 10 例，无效 1 例，总有效率为 93%。

方法七[22]

（1）中药汤剂：温阳活血基本方：丹参、黄芪各 30 克，川芎、红花、威灵仙、丝瓜络各 10 克，鬼箭羽、茯苓、熟地、仙茅、仙灵脾各 15 克，桂枝 6 克。加减：局限性加鸡血藤、桑枝、夏枯草、贝母；系统性加制附片、肉桂、鹿角霜；伴雷诺氏现象加细辛 3 克、白芍 15 克、甘草 10 克；伴关节疼痛加秦艽 10 克、木瓜 15 克；伴气虚加党参 15 克、白术 15 克。水煎服，日 1 剂。15 日为 1 疗程。

（2）注射液静脉给药：复方丹参注射液及蝮蛇抗酸酶静滴 6 例，单配复方丹参注射液静滴 1 例。日 1 次，10 日为 1 疗程。用 4 个疗程。

[治疗结果]

用本法治疗硬皮病 16 例（局限性硬皮病 8 例，系统性硬皮病 8 例），结果显效（硬皮明显变软变薄，大致同正常皮肤，其他症状基本消失，化验结果明显改善）4 例，好转 11 例，无效 1 例。

第五节　预　防

（一）预防感染

平时要预防感染，尤其是上呼吸道和肺部感染，以防本病急性发作：如出现肢端溃疡要及时、有效地控制感染，防止患处恶化、坏死。

（二）防寒保温

平时要注意防寒保温，患病后更应重视防寒措施，以防止冷冻和外伤，否则易促使病情发展。

（三）增强体质、调节饮食

适当参加室外锻炼，如散步、慢跑等，以提高机体的耐寒能力；注意饮食调摄，加强营养，消化道受累时更应注意，尤其是避免过饥、过饱和进食粗糙、过冷、过热、刺激性辛辣食品等。

（四）调摄精神

平素要注意精神调摄，保持精神愉快；患病后要增强战胜疾病的信心，避免过分紧张、悲观，以防止精神刺激造成病情发展。

参考文献

[1] 丁素先，等．天津中医　1987；(5)：6
[2] 卢君健，主编．结缔组织病中西医诊治学．北京：人民卫生出版社，1992：461～464
[3] 刘学勤，等．百病奇效良方妙法精选．北京：中国医药科技出版社，1991：437
[4] 苑魏，等．中国医药学报　1987；(3)：3
[5] 袁兴民．皮肤病防治研究通讯　1977；(3)：180
[6] 徐宜厚．上海中医药杂志　1983；(5)：20
[7] 王德馨．中西医结合杂志　1983；3 (4)：214
[8] 苏立德．中华皮肤科杂志　1985；18 (4)：215
[9] 姜树荆，等．陕西中医　1982；3 (3)：9
[10] 余人则．上海中医药杂志　1984；(5)：8
[11] 王向文，等．山西中医　1994；10 (5)：23
[12] 胡熙明，主编．中国中医秘方大全（中册）．上海：文汇出版社，1989：182～187
[13] 苏立德，等．中医杂志　1985；26 (12)：32～33
[14] 谢晶辉．中华皮肤科杂志　1986：19 (5)：289～290
[15] 秦万章，等．新医药学杂志　1978；(8)：48
[16] 张希增．山东医药　1978；(9)：42
[17] 福州军区总医院皮肤科．皮肤病防治研究通讯　1978；(1)：57

[18] 萧万章．中医杂志 1986；(8)：62
[19] 曲崇昆．山东中医杂志 1994；13 (1)：15
[20] 黄平平，等．中华皮肤科杂志 1994；27 (2)：102～103
[21] 马永祯．甘肃中医 1993；6 (4)：30～31
[22] 郑占才．中国医药学报 1990；5 (6)：46～47

第七章　多发性肌炎和皮肌炎

第一节　概　述

多发性肌炎（polymyositis，PM）是一种骨骼肌弥漫性炎症性疾病，临床上以近端肌肉如上、下肢带状肌群对称性无力、疼痛等症状为特征，合并皮疹者称为皮肌炎（dermatomyositis，DM）。多发性肌炎和皮肌炎是同一个疾病的两个方面，但以肌炎为基本改变，故目前常将两者统称为多发性肌炎。本病有15～20%与恶性肿瘤并存。部分与其他风湿性疾病（如类风湿性关节炎、系统性红斑狼疮）同时并存，称重叠综合征。本病属自身免疫性疾病，应用激素和免疫抑制剂治疗，虽有一定效果，但需大量及长期服用。难免会产生一定的副作用。故目前西医尚无特效药物和理想疗法。

附：多发性肌炎—皮肌炎分类

Ⅰ型：原发性、特发性多发性肌炎；

Ⅱ型：原发性特发性皮肌炎；

Ⅲ型：合并恶性肿瘤的皮肌炎（或多发性肌炎）；

Ⅳ型：合并血管炎的儿童期皮肌炎（或多发性肌炎）；

Ⅴ型：合并胶原血管病的多发性肌炎或皮肌炎（重叠型）。

本病属于中医学“肌痹”、“痿证”、“皮痹”等症的范畴。中医认为本病主要为肺、脾、肾3脏功能失调，阳气虚衰，卫外不固，致风寒湿邪乘虚袭入，客于皮肤、肌腠，阻隔经络，气血痹阻而致；治疗上以益气养阴、温肾壮阳、活血化瘀等法为主。中医中药对纠正机体相对不平衡，增强机体抵抗力，提高疗效，减少激素用量，有一定作用。近年来采用中医辨证施治加用西药和中药专方配用西药治疗本病的中西医结合疗法，疗效肯定，并可以重复。其作用机理初步认为是通过调整免疫紊乱环节，进一步改善肌代谢、蛋白代谢、酶代谢及血液物化特性，从而使机体获得病情的好转，尚需要进一步阐明。

第二节　病因病理

一、西医病因病理

（一）病因及发病机理

本病的发生可能与下列因素有关：

1. 感染

细菌感染和病毒感染为本病的致病原因，但目前尚缺乏肯定的证据。部分病例在上呼吸道感染或其它感染之后发病，似乎支持细菌感染的说法。有的病例在乙型肝炎病毒感染后出现严重肌痛，并有肌炎的组织学改变，说明本病与病毒感染有关。

2. **免疫异常**

(1) 细胞免疫：本病的病理改变显示浸润细胞为淋巴细胞和单核细胞，不少研究证实，致敏的淋巴细胞可以释放淋巴激活素而损伤肌肉组织，这表明细胞免疫对致病有重要作用。

(2) 体液免疫：部分病人类风湿因子和抗核抗体阳性，提示体液免疫的免疫复合物可能是肌肉损害的启动因子。

(3) 免疫缺损：根据本病继发于免疫缺损的发生率较高的资料来看，免疫缺损与本病发生有关。

(二) 病理

1. **皮肤**

早期表皮萎缩，真皮明显水肿，基底细胞液化性变性、血管扩张，有炎性细胞、淋巴细胞浸润、类纤维蛋白沉积。晚期真皮胶原纤维增生、硬化、血管壁增厚。

2. **肌肉**

早期横纹肌有肌纤维灶性变性、坏死，淋巴细胞浸润，可见空泡；肌细胞有再生现象，胞浆嗜碱性，核仁突出。晚期肌束萎缩、硬化、间质纤维化。其他肌肉如心肌、平滑肌等也有类似病变。

二、中医病因病机

中医对本病病因病机的论述散见于历代医籍的“皮痹”、“肌痹”、“痿证”之中。《素问·四时刺逆从论》曰：“少阴有余，病皮痹隐轸。”《素问·长刺节论》说：“病在肌肤，肌肤尽痛，名曰肌痹，伤于寒湿。”《素问·痹论》曰：“……以致阴遇此者，为肌痹”，“肌痹不已，复感于邪，内舍于脾”.“脾痹者，四肢解惰，发咳呕汁，上为大塞。”《素问·痿论》提出了“肺热叶焦”、“湿热不攘”为痿证的主要病机。《诸病源候论·风身体手足不随候》说：“脾主一身之肌肉，为胃通行水谷之气，以养身体四肢。脾气虚，即肌肉虚，受风邪所侵，故不能为胃行水谷之气，致四肢肌肉无所禀受，而风邪在经络，搏于阳经，气行则迟，关机缓纵，故令身体手足不随也。”《三因极一病证方论·五痿叙论》中提出“痿证属内，脏气不足之所为也”的病机特点。《局方发挥》指出：“若嗜欲无节则水欲亏，水亏则火旺刑金而肺气热，肺弱则木来克土，脾伤、阳明虚而四肢不用。”《丹溪心法》则提出“痿之不足，乃阴血也”的观点。《景岳全书·痿证》认为：“元气衰败，则精血不能灌溉，血虚不能营养者，亦不少矣。”《类证治裁·痿证》提出“瘀血留于腰胯成痿”的观点。至此历代医家对本病病因病机的认识日臻完善。现根据临床表现，结合先人论述，对其病因病机概括如下：

1. **肺热津伤**

外感温热之邪，伤于肺金；或温病后期，余邪未清，热灼津伤；或燥邪伤肺，致津枯液涸；或起居无常，纵欲好色，饮食不节，热自内生，热邪犯肺，肺热叶焦，津液无以输布，皮肉筋脉骨失养而成。

2. **湿热浸淫**

久处湿地或冒雨涉水，感受外来湿邪，积渐不去，郁而化热，湿热互结；或饮食不节，嗜食醇酒厚味，损伤脾胃，脾失健运，酿成湿热，浸淫皮肌筋脉而成。

3. **寒湿浸渍**

因起居不慎，冒雨涉水，久卧湿地，感受寒湿之邪；或贪凉饮冷，饥饱不调，损伤脾胃，脾失健运而寒湿内生，均可致寒湿浸渍皮肉筋脉而成。

4. **瘀血阻络**

产后恶露不尽，流于腰膝，或跌仆损伤，气血运行不畅，或久病气血衰少，脉络涩滞，以致瘀血阻络，肢体失其濡养而致。

5. **脾胃亏虚**

素体脾胃虚弱，或饮食不节，劳倦太过，久病失治，伤及脾胃，气血津液生化不足，皮肉筋脉失养而致。

6. **肝肾阴虚**

平素肝肾不足，或体虚病久，房劳过度，五志过极，伤及肝肾，精血不足，精虚则不能灌溉，血虚则不能濡养，复因阴虚内热，又更灼伤津液，肌肤筋脉因而失其濡养，致成本病。

7. **肾阳虚衰**

素体阳虚，或房劳过度伤肾，或久病伤阴，阴损及阳，阳虚则筋脉骨肉失其温煦濡养而致。

第三节　诊　断

一、辨病·西医诊断

本病好发年龄为30～60岁，女性多见，男女之比为1∶2。起病多较缓慢，也可急性起病而病情迅速发展。皮肌炎可以同时或先后出现皮损和肌肉症状。症状轻重不一，皮损可较肌肉症状明显。多发性肌炎以肌肉症状较突出，皮损症状则很轻，甚至缺如。

（一）症状与体征

1. **皮肤**

皮损好发于面部，尤以眼睑、面颊、前额和颈部为突出。其次为颈、上胸和四肢伸侧。早期为淡紫红色水肿性红斑，大小不一，以后扩大融合成片，有时附灰白色糠状脱屑，皮损消退后遗留皮肤萎缩、色素沉着或脱色、毛细血管扩张，类似皮肤异色病，称之为“皮肤异色病性皮肌炎”。晚期皮损部位变硬，类似硬皮病，称之为“硬皮病性皮肌炎”，皮扶划痕征阳性。有些病人可出现荨麻疹、多形红斑、结节性红斑等症状。

2. **肌肉**

大多侵犯横纹肌、平滑肌，心肌间可累及。四肢近端肌肉先受累。早期四肢近端肌肉软弱无力，自发疼痛和压痛，先下肢后上肢。病人出现各种运动障碍，如下肢走路和上下楼梯困难，上肢举起困难，握力下降等。如累及咽喉、食管、横膈、肋间等肌肉，则可产生声嘶、失音、吞咽或呼吸困难。间可累及心肌，出现心肌炎的症状和体征。但眼肌从不受累，否则

应疑并存重症肌无力。晚期受累的肌肉可发生萎缩和挛缩。

3. **其他**

少数病人可有不规则发热、关节炎、肢端动脉痉挛、消化道症状、浅表淋巴结肿大和肝脾肿大、周围神经炎和视网膜炎等。

多发性肌炎和皮肌炎的临床表现见表 2—7—1。

表 2—7—1 **多发性肌炎—皮肌炎的临床表现**（按 Bohan **分类**）[1]

	Ⅰ型 PM	Ⅱ型 DM	Ⅲ型 PM—DM 恶性肿瘤	Ⅳ型 PM—DM 儿童期	Ⅴ型 PM—DM 重叠型	全组
病例（%）	34	29	8.5	7	21	153
男女之比（%）	31∶69	42∶58	43∶57	64∶36	10∶90	51∶102
平均年龄	47.2±19	47.4±2.0	62±3.6	8.7±1.5	35±3.1	44.0±2.3
肌无力（%）	92	53	76.9	91	41	69
关节痛（%）	25	20	0	9	53	26
雷诺氏现象（%）	17	9	0	18	47	20
手指皮肤硬化（%）	2	4	0	9	44	12
皮疹（%）	2	93	53.8	55	19	41
肌痛（%）	25	24	0	18	41	25
吞咽困难（%）	13	9	15.4	0	16	12
其他（%）	8	11	7.7	27	41	17

采自 Bohan A et al: Medicine, 56∶255, 1977

（二）实验室及其他检查

1. **血常规及血沉**

可有轻度贫血，白细胞正常或略高，血沉加快或正常。

2. **生化检查**

肌酸磷酸激酶、转氨酶、乳酸脱氢酶、醛缩酶等在病情活动期多升高；肌红蛋白、肌酸及血清 α_2、γ 球蛋白半数以上病人活动期升高。

3. **免疫学检查**

20%的病人类风湿因子阳性；5%的病人狼疮细胞阳性；抗核抗体、抗 DNA 抗体也可阳性；J_{o-1}抗体、PM_{-1}抗体对本病具有特异性；E-玫瑰花结、淋巴母细胞转化等细胞免疫试验可降低，尤以合并恶性肿瘤者明显。

4. **其他**

心电图可有心肌损害。X 线钡餐可见食管运动异常，肠管扩张或狭窄。本病肌电图改变有下列特点：①松弛时，可有纤颤电位，正锐波及插入激惹，出现紊乱和高频的反复放电（所谓假性肌强直现象）；②轻收缩时，呈现多相、短时限、低电压的运动单位电位；③最大收缩时，呈现干扰相。其肌电图改变见表（2—7—2）。用^{99m}锝-多磷酸盐作放射性核素扫描，在活动性肌炎区显示吸收增多现象。肌肉活检有典型病理改变（见表 2—7—2）。

表 2—7—2　153 例皮肌炎和多发性肌炎的肌电图改变[1]

肌电图异常	PM（%）	DM（%）	DM—PM 恶性肿瘤（%）	DM—PM 儿童期（%）	DM—PM 重叠型（%）	合计（%）
多相波	98	100	82	100	90	90
短棘波	98	97	91	100	90	90
纤颤	71	76	91	67	71	74
正锐波	75	76	91	44	67	73
插入激惹	75	70	91	67	67	73
高频放电	33	33	36	44	43	38
局限于脊椎旁肌肉异常	4	0	0	0	0	2

采自 Bohan、et al：Medicine，56：255，1977

表 2—7—3　135 例皮肌炎和多发性肌炎的肌活检所见[1]

肌活检所见	PM（%）	DM（%）	DM—PM 恶性肿瘤（%）	DM—PM 儿童期（%）	DM—PM 重叠型（%）	合计（%）
变性	90	68	100	100	83	83
炎症	79	68	70	100	72	75
断面直径变化	81	68	80	88	59	73
坏死	69	45	80	100	41	59
再生	58	33	50	50	31	44
纤维增生	25	18	30	0	21	21
吞噬现象	27	13	40	13	10	19
血管炎	0	5	0	0	7	3

采自 Bohan、et al：Medicine，56：255，1977

（三）并发症

约15～20%的病人与恶性肿瘤并存，尤其多见于男性患者，50 岁以上的患者其并发率高达 50%以上。常见合并的恶性肿瘤为乳腺癌、肺癌、胃癌、前列腺癌、卵巢癌、子宫癌和结肠癌。70%以上是肿瘤发生在前，且大多数在 1 年内先后出现。少数病人可伴有类风湿性关节炎或系统性红斑狼疮等。

（四）诊断要点

1. 诊断

本病的诊断依据是：①典型的皮损及肌肉症状；②血清酶活性升高；③典型的肌电图异常；④心要时肌肉活检可助诊断。

本病有几种诊断标准，如 Bohan 诊断标准（见表 2—7—4）、联合国世界卫生组织

(WHO) 诊断标准等。Bohan 诊断标准较为适合临床应用。

表 2—7—4 皮肌炎和多发性肌炎诊断标准 (Bohan. 1975 年)

诊断标准：

1. 对称性近端肌无力伴有或不伴有吞咽困难和呼吸肌无力
2. 血清肌酶升高，特别是 CPK，但转氨酶、乳酸脱氢酶、醛缩酶也可升高
3. 肌电图三联改变：
   (1) 短时限、低电压、多相运动单位电位
   (2) 纤颤、正锐波、插入激惹
   (3) 自发性杂乱和高频放电
4. 肌活检有肌纤维变性、再生、坏死、吞噬和间质的单核细胞浸润
5. 典型皮肌炎的皮肤损害

诊断判断：

肯定诊断：具备上述 3 或 4 项（应有皮肤损害）诊断为 DM，具备上述 4 项（无皮损）诊断 PM

疑似诊断：具备上述 2～3 项，其中如包括皮肤损害，疑似 DM，如无皮肤损害，则为疑似 PM

皮肌炎和多发性肌炎诊断条件 (WHO)：

主要表现：

(1) 典型皮肤损害：眼睑周围向光性紫红色红斑，周围水肿、周围血管扩张和手指伸侧鳞屑状红斑或暴露部位红斑。

(2) 肌无力，肌肉压痛，四肢近心端肌群显著肌萎缩。

(3) 肌肉活体组织检查：肌纤维变性、空泡坏死、粗细不等，肌纤维新生，间质细胞浸润，纤维化。

(4) 血清酶：SGOT、SGPT、LDH、CPK、醛缩酶超过正常上限的 50%。

(5) 肌电图：呈肌炎所见（皮质激素、抗痉剂应用，影响检查结果）。

次要表现：

(1) 钙盐沉着。

(2) 吞咽困难。

诊断：

(1) 主要表现中具备 3 项或主要和次要表现各具 2 项即可诊断皮肌炎（如无皮肤症状者，诊断为多发性肌炎）。

(2) 单纯具备主要表现中的第 1 项，或具备主要表现中 2 项，或具备主要表现中 1 项和次要表现 2 项者，可能为皮肌炎或多肌炎。

注意事项：

(1) 应除外皮肌炎或多肌炎伴恶性肿瘤。

(2) 应除外已知病因的炎症性肌炎或皮肌炎。

2. **鉴别诊断**

(1) 进行性肌营养不良：为一种遗传性疾病，病情进展缓慢，皮肤及咽、喉、颈部肌肉很少受累，主要表现为无痛性肌无力。肌肉活检无炎性改变，可见肌纤维粗细不等，肌纤维间有结缔组织增生和脂肪沉积。

（2）重症肌无力：肌肉活动后出现肌无力，休息后可恢复，无自发肌痛和压痛，无皮损，血清酶正常，肌注新斯的明 0.5～1 毫克，肌力于半小时内明显改善。

（3）系统性红斑狼疮：面部蝶形红斑和多脏器、多浆膜腔病变，无肌无力和肌痛症状，血抗 DNA 抗体阳性等可助鉴别。

（4）周围神经炎：肢体远端肌无力和不同程度的感觉障碍、植物神经功能障碍和远端反射消失。肌肉活检和肌电图检查均无炎症性肌病特征。

二、辨证·中医诊断

（一）辨证要点

1. 辨明虚实

起病急骤，发病迅速，伴有发热等外感症状者，多属实证；起病缓慢，逐渐发展，病史较长，经久不愈者，多属虚证。

2. 审察脏腑

皮肤色白，毛枯脱落，伴发热或低热，唇红口干，脉细数者，属肺热津伤；皮肤色黄，肌肉萎缩，食少便溏，脉细弱者，属脾胃虚弱；腰膝痿弱不能久立，腿胫大肉脱失，遗精早泄，头昏目眩者，属肝肾亏虚。

（二）辨证分型

1. 肺热津伤证

[临床表现] 肢体痿软不用，肌肉松弛，渐至肌肉瘦削，皮肤枯燥、色白或有紫红色斑疹，心烦口渴，呛咳少痰或无痰，咽喉不利，小便短赤涩痛，初起多伴发热或低热，舌红苔黄，脉细数。

[辨证分析] 肺热津伤，津失敷布，皮肌筋脉失养，故肢体痿软不用，肌肉松弛，渐至肌肉瘦削，皮肤干燥而色白；热盛伤津，则心烦口渴，小便短赤；肺为热灼，清肃失司，则呛咳少痰或无痰，咽喉不利；舌红苔黄、脉细数为热盛伤津之象。

2. 湿热浸淫证

[临床表现] 四肢痿软、沉重或兼见微肿，尤以下肢为甚，喜凉恶热或有低热，皮肤可见水肿性紫斑，胸脘满闷，小便赤涩热痛，苔黄腻，脉濡数。

[辨证分析] 湿热熏蒸于肺，流于四肢，浸淫筋脉，气血不畅，肌肤失养，故四肢痿软，喜凉恶热，或有低热；湿性重浊、下趋，故四肢沉重，下肢尤甚；湿溢于肤，故微肿，皮肤可见水肿性紫斑；湿热熏蒸，气机不畅，故胸脘满闷；湿热下注，故小便赤涩热痛；苔黄腻、脉濡数为湿热内蕴之象。

3. 寒湿浸渍证

[临床表现] 肢体痿软欠温，以下肢尤甚，重则不能站立行走，腰膝沉重，皮肤可见暗红色斑，局部肿胀，胸闷纳呆，口淡不渴，大便溏薄，苔白腻，脉濡缓或沉迟。

[辨证分析] 寒湿浸渍，肌肤筋脉失于温养，故肢体痿软欠温，重则不能站立行走；湿性重浊，故腰膝沉重；寒湿留于肌腠，滞于脉络，故皮肤可见暗红色斑块，局部微肿；寒湿阻

滞，气机不畅，脾失健运，故胸闷纳呆，便溏；寒湿内阻，津液未伤，故口淡不渴；苔白腻、脉濡缓或沉迟为寒湿浸渍之象。

4. **瘀血阻络证**

[临床表现] 四肢痿软无力，手足麻木不仁，四肢青筋暴露，筋脉掣痛，肌肤甲错，唇紫舌青或有瘀点、瘀斑，脉细涩。

[辨证分析] 瘀血阻滞，肌肤筋脉失养，故四肢痿软无力，手足麻木不仁，筋脉掣痛，肌肤甲错；瘀阻经脉，故青筋暴露；唇紫舌青或有瘀斑、瘀点，脉细涩，均为瘀血阻络之象。

5. **脾胃虚弱证**

[临床表现] 肢体痿弱无力，逐渐加重，甚则肌肉萎缩，足不能步履，手不能握物，面浮而色不华，皮损暗红，气短乏力，食少便溏，腹胀纳呆，舌淡，苔薄白，脉细。

[辨证分析] 脾胃虚弱，气血化源不足，肌肉筋脉不得其养，故肢体痿软，逐渐加重；脾失健运，清阳不升，故食少便溏，腹胀纳呆；气虚水湿不制，故气短、面浮；气血不足，气不上荣，血不华色，故面色不华；舌淡苔白、脉细为脾胃虚弱、气血不足之象。

6. **肝肾阴虚证**

[临床表现] 下肢痿软，腿胫大肉渐脱，不能久立，甚则步履全废，皮肤顽硬，肤色暗褐，目眩发落，咽干耳鸣，腰脊酸软，潮热盗汗，手足心热，舌红少苔，脉细数。

[辨证分析] 肝肾精血不足，肌肤筋脉失养，故下肢软弱无力，腿胫大肉渐脱，不能久立，甚则步履全废，皮肤顽硬、色暗；腰为肾之府，目为肝之窍，耳为肾之窍，发为血之余，肝肾精血不足，府窍失养，故腰脊酸软，目眩发落，耳鸣；阴虚则内热，故潮热盗汗，手足心热；热盛伤津，津不上承，故咽干；舌红少苔、脉细数为阴虚内热之征。

7. **肾阳虚衰证**

[临床表现] 肢体软弱无力，局部肌肉萎缩，关节疼痛，皮损暗红或紫红，质硬，有细小鳞屑，畏寒肢冷，溺清便溏或五更泄泻，阳痿滑精，舌淡，脉沉细迟。

[辨证分析] 肾阳虚衰，肌肤筋骨失于温养，故肢体软弱无力，肌肉萎缩，畏寒肢冷；阳虚寒凝，血脉不畅，肌肤脉络瘀滞，故皮肤暗红或紫红，质硬，有鳞屑；肾阳虚衰，脾阳失助，故便溏，或五更泄泻；膀胱气化不利，故溺清；命门火衰，精关不固，故阳痿滑精；舌淡、脉沉细迟为肾阳虚衰之征。

第四节 治 疗

一、西医西药治疗

（一）去除感染和早期诊治

去除感染病灶和早期诊治隐藏的恶性肿瘤，有时可使本病缓解。

（二）肾上腺皮质激素

急性期用强的松每日 40～60mg，临床症状轻的病人每日 20～30mg，对成人效果较好。根

据肌肉症状和肌酶水平调整剂量，待急性期后，逐渐减量，通常维持量为每日 10～15mg。为减少副作用，可将每日总药量改为顿服或两日药总量隔日顿服。维持量治疗一般持续 3～6 个月，部分患者需达 1～2 年，过早停药易复发。少数病人激素治疗无效。

（三）免疫抑制剂

适用于激素治疗效果差或对激素治疗无反应的病人。可以单用，也可与激素并用，以减少后者的剂量。氨甲喋呤每次 2.5～10mg，每周 1～2 次，3 周为 1 疗程，应注意毒性反应，加用叶酸可减轻副作用。也可选用环磷酰胺、硫唑嘌呤或 6-巯基嘌呤等。

（四）非甾体类抗炎药

适用于对激素治疗后肌痛、关节痛未获充分改善者，可以并用此类药物作为辅助治疗。阿斯匹林每日 3～6g，分 3～4 次口服。保太松、消炎痛等也可选用。

（五）对症治疗

对咽下困难的病人，为了预防吸人性肺炎，必须给予鼻饲以补充营养，且在应用激素时，应同时给予大量抗生素。对出现呼吸困难的病人，可应用插管呼吸及气管切开人工辅助呼吸。

二、中医中药治疗

（一）辨证论治

1. 肺热津伤证

[治法] 清热润燥，养阴生津。

[方药] 清燥救肺汤加减。

党参 10 克，沙参 12 克，麦冬 15 克，生石膏 30 克，桑叶 10 克，枇杷叶 10 克，阿胶 6 克，杏仁 10 克，麻仁 15 克，牛膝 10 克，木瓜 12 克，甘草 6 克。

[加减] 面白少华、呼吸气短，加黄芪、当归；高热汗出，重用生石膏；痰中带血，加生地、丹皮；心烦尿赤明显，加莲子心、淡竹叶；咽喉不利明显，加元参、板蓝根。

[分析] 方中生石膏、沙参、麦冬性味甘寒，清肺燥，润肺津；桑叶、枇杷叶、杏仁宣利肺气，兼润肺燥；阿胶、麻仁滋液润肺；党参、甘草益气生津；木瓜舒筋活络；牛膝活血，强壮筋骨。诸药相伍，共奏清热润燥、养阴生津之功。

2. 湿热漫淫证

[治法] 清热利湿，通利经脉。

[方药] 加味二妙丸化裁。

黄柏 10 克，苍术 10 克，草薢 10 克，防己 10 克，苡米 10 克，牛膝 12 克，秦艽 10 克，木瓜 12 克。

[加减] 胸脘痞闷重者，加厚朴、茯苓、陈皮；肢肿且重，加泽泻、蚕砂、冬瓜皮；关节疼痛、活动不利，加赤芍、丹参、丝瓜络；兼有心烦、两足奇热等湿热伤阴之象，加熟地、龟板。

[分析] 方中黄柏、苍术清热燥湿；防己、萆薢、苡米清热利湿，通利小便；当归、木瓜活血通络；秦艽、牛膝强壮筋骨，牛膝且能引药下达病所。诸药合用，共奏清热利湿、活血通络之功。

3. **寒湿漫溃证**

[治法] 健脾渗湿，温经通络。

[方药] 甘姜苓术汤加味。

干姜 9 克，茯苓 15 克，白术 10 克，甘草 6 克，桂枝 10 克，当归 12 克，牛膝 10 克，防己 10 克。

[加减] 肢冷甚者加制附子；肢体沉重明显者加萆薢、泽泻；胸脘痞闷重者加陈皮、厚朴；关节疼痛者，加威灵仙。

[分析] 方中茯苓、白术、甘草健脾渗湿；干姜温中祛寒，暖土胜湿；当归、桂枝温经通络；牛膝强壮筋骨，且能活血；防己渗湿利小便。诸药相伍，共奏健脾渗湿、温经通络之功。

4. **瘀血阻络证**

[治法] 益气养营，活血化瘀。

[方药] 圣愈汤加味。

当归 12 克，熟地 10 克，白芍 10 克，川芎 10 克，黄芪 15 克，党参 10 克，牛膝 9 克，桃仁 10 克，红花 6 克。

[加减] 形体瘦削，肌肤甲错，加水蛭、虻虫；手足麻木，舌萎不能伸缩，加赤芍、穿山甲。

[分析] 方中四物汤补血调血；党参、黄芪益气补中；桃仁、红花活血化瘀；牛膝活血通脉，强壮筋骨。诸药合用，共奏益气养营、活血化瘀之功。

5. **脾胃虚弱证**

[治法] 调补脾胃，益气升阳。

[方药] 补中益气汤加减。

党参 12 克，白术 10 克，茯苓 10 克，当归 10 克，升麻 6 克，陈皮 6 克，麦芽 10 克，甘草 6 克，黄芪 15 克。

[加减] 面色少华，心悸气短重者，重用黄芪，并加枸杞子、龙眼肉；少气懒言，动则气喘者，重用黄芪、党参，加五味子、麦冬；肌肉萎缩日久，加制马钱子。

[分析] 方中党参、黄芪、白术、茯苓、甘草健脾益气；陈皮理气和胃；升麻助脾气升发；当归养血和血；麦芽消食和中。诸药合用，共奏调补脾胃、益气升阳之功。

6. **肝肾阴虚证**

[治法] 养阴清热，补益肝肾。

[方药] 虎潜丸加减。

黄柏 10 克，知母 10 克，熟地 15 克，龟板 10 克，玄参 15 克，麦冬 12 克，虎杖 20 克，牛膝 12 克，当归 10 克，白芍 10 克，秦艽 10 克，锁阳 6 克，陈皮 6 克。

[加减] 阴虚热甚，去锁阳，加枸杞子、鳖甲、黄芩；兼有血瘀之征者，加桃仁、红花；头晕目眩甚者，加生龙牡、珍珠母。

[分析] 方中黄柏苦寒坚阴，清热泻火；熟地、龟板、麦冬、知母、玄参、白芍滋阴清热，补益肝肾；当归养血活血；牛膝、虎杖强壮筋骨，活血通络；锁阳温补肾阳，取阳中求阴之

意；陈皮理气和胃，使本方滋养而不呆滞。诸药相伍，共奏滋阴清热、补益肝肾之功。

7. **肾阳虚衰证**

[治法] 温补肾阳，强壮筋骨。

[方药] 加味金刚丸化裁。

淫羊藿 15 克，巴戟天 15 克，肉苁蓉 10 克，菟丝子 15 克，杜仲 10 克，牛膝 10 克，鸡血藤 15 克，木瓜 6 克，制马钱子（冲服）0.5 克。

[加减] 大便溏薄，加白术、山药；阳痿，加阳起石、仙茅；滑精或早泄，加金樱子、覆盆子。

[分析] 巴戟天、淫羊藿、肉苁蓉、菟丝子温补肾阳；杜仲、牛膝强壮筋骨；鸡血藤、木瓜柔筋活络；制马钱子祛风通络，散结定痛，强筋壮骨，为治痹痿要药。诸药相合，共奏温补肾阳、强壮筋骨之功。

（二）验方治疗

1. **益气养阴通络汤（编者拟名）**[2]

[组成] 黄芪 20 克，党参 15 克，北沙参 15 克，生地 15 克，丹皮 12 克，紫草 12 克，鸡血藤 30 克，络石藤 20 克。

[加减] 病初发热，咽痛，红斑显著者，加大青叶、金银花、蒲公英；阳虚痹阻，畏寒，肌肉疼痛者，加制附片、仙灵脾、羌活、独活；病久血瘀加丹参、红花；伴红斑狼疮加重益气养阴药物用量，并随症加减；合并癌肿者加用白花蛇舌草、蜀羊泉。

[用法] 水煎服，日 1 剂。

[功用] 益气养阴，凉血通络。

[疗效观察] 用此法治疗 25 例患者（其中伴红斑狼疮 2 例，硬皮病 1 例，鼻咽癌 2 例），结果显效（皮肤、肌肉症状明显好转，尿肌酸、血清肌酶恢复正常或肌电图恢复正常）11 例，占 44%；有效（皮肤、肌肉症状好转，尿肌酸或血清肌酶恢复正常）12 例，占 48%；无效（上述诸项均无好转）2 例。总有效率为 92%。

2. **活血方**[3]

[组成] 丹参 25 克，赤芍 15 克，鸡血藤 15 克，红藤 15 克，黄藤 20 克。

[用法] 水煎服，日 1 剂。

[功用] 活血消肿。

[疗效观察] 用此方治疗皮肌炎 35 例，结果显效 16 例，占 45.6%；有效 14 例，占 40%；无效 5 例，占 14.3%。总有效率为 85.6%。

3. **活血糖浆**[3]

[组成] 鸡血藤、红藤、雷公藤各等量。

[用法] 制成糖浆，每毫升含生药 1 克。每次服 10～15 毫升，每日 3 次。

[功用] 活血通络，祛风除湿，消肿止痛。

[疗效观察] 用本方治疗 32 例皮肌炎及多发性肌炎，30 例取得不同程度疗效。

4. **参芪补气活血方**[4]

[组成] 党参 15 克，黄芪 15 克，生地 15 克，红藤 15 克，紫草 9 克，鸡血藤 15 克，白芍 9 克。

[加减] 根据病情需要可加用雷公藤片或糖浆，还可选加丹参注射液。

[用法] 水煎服，日 1 剂。

[功用] 活血化瘀，益气养阴。主治皮肌炎气虚血瘀型。

[疗效观察] 用本方治疗皮肌炎 50 例，显效 22 例，有效 20 例，总有效率为 84%。多数病例于 2 周至 2 月见效或达显著疗效，观察期限 3 个月～2 年。有 84%的病例主观症状得到改善，81%的病例肌肤红斑达到好转，73%的病例内脏损害好转，实验室检查项目恢复正常者达 87%左右，肌电图恢复正常和好转者达 78.5%。

5. **参术健脾除湿方**[4]

[组成] 党参 12 克，苍术 10 克，白术 10 克，山药 15 克，茯苓 10 克，苡仁 30 克，黄柏 10 克，丹参 15 克，红花 9 克，牛膝 10 克，秦艽 9 克，鬼箭羽 12 克，鲜茅莓根 30 克，威灵仙 19 克，革薢 10 克，土茯苓 12 克。

[用法] 水煎服，日 1 剂。

[功用] 健脾益胃，清热除湿。主治皮肌炎或多发性肌炎脾虚湿热型。

[疗效观察] 用本方治疗皮肌炎 5 例，3 例有效，肢体萎软消失，关节、肌肉疼痛明显好转，饮食增加。

6. **蜈蚣方**[4]

[组成] 蜈蚣、全蝎各等分。

[加减] 根据病情需要酌情选用生地、赤芍、银花、连翘、丹皮、蒲公英、地丁、土茯苓、当归尾、桃仁、红花、蝉蜕、荆芥、乳香、没药、天花粉、生甘草等。

[用法] 蜈蚣、全蝎各等份，研末过筛成粉剂，每次 1.5 克，每日 2～3 次。加减药物水煎服。

[功用] 清解诸毒。主治重证皮肌炎。

[疗效观察] 治疗 1 例重症皮肌炎患者，仅 10 日时间，病情开始好转，皮损范围缩小，疼痛缓解，且能安睡。1 个月后，皮损逐渐恢复正常，临床诸证完全消失，槌拍胸背均无疼痛感觉，经持重测验，证明其体力完全恢复。活体组织检查，显示原已破坏的肌肉组织得以恢复。

7. **党参寄生补益方**[4]

[组成] ①党参 15 克，苍术 15 克，白术 15 克，薏苡仁 15 克，白芍 15 克，桃仁 12 克，丹参 15 克，熟地 12 克，当归 12 克，苏木 9 克，桂枝 9 克。②桑寄生 15 克，熟地 12 克，当归 12 克，五味子 6 克，丝瓜络 6 克，牛膝 12 克，鹿角霜 12 克。

[用法] 以上两方交替水煎服，每日 1 剂。

[功用] 补益脾肾，养血通络。主治多发性肌炎。

[疗效观察] 治疗 1 例女性多发性肌炎患者，住院治疗 132 天，其四肢肌肉萎缩现象明显改善，能扶拐杖走路，临床症状基本消失，实验室检查尿肌酸排泄量恢复正常，血红蛋白、红细胞计数均上升到正常水平。出院后继续服用本药半年，则完全恢复健康，参加工作。且有关各项化验检查均正常。

8. **养血消风燥湿汤**[4]

[组成] 当归 15 克，川芎 10 克，赤芍 15 克，生地 25 克，僵蚕 10 克，蝉蜕 15 克，黄柏 15 克，苍术 15 克，蒺藜 15 克，首乌 15 克，白藓皮 25 克，连翘 25 克，甘草 10 克。

[加减] 先以生黄芪 50 克，茯苓 25 克，甘草 10 克，桂枝 7.5 克，白芍 15 克，鸡血藤 25

克，红花15克、当归15克，川芎15克，豨莶草15克，防风10克，生姜12片，大枣7枚，水煎服。待阳气渐复，气血还生，内脏得以滋养，外形得以濡润后，再用养血消风燥湿方驱邪通脉。

[用法] 水煎服，日1剂。

[功用] 养血活血，滋阴清热，祛风燥湿。

[疗效观察] 治疗1例男性青年病人，肌肉无力，卧则不能翻身自起，如瘫痪状，口不能开，咽下困难，仅能吸引水汁。服药70余剂后，四肢活动如常，起居自如，口开咽下顺利，皮损消失，诸证显著改善。随访2年安然无恙。

9. **大熟地方**[4]

[组成] 熟地48克，山药12克，山萸肉12克，茯苓15克，泽泻15克，丹皮9克，附片9克，肉桂6克。

[加减] 用药半月后，自觉症状好转；但仍不思饮食时加党参12克。

[用法] 水煎服，日1剂。

[功用] 培补元气。主治皮肌炎。

[疗效观察] 对1例皮肌炎患者治疗5周，诸症大减，肌肤不痛，精神好转，食欲增进，颜面肿胀黯赤明显减退。以后配金匮肾气丸继服3个月以巩固疗效。

10. **理气除湿汤（编者拟名）**[5]

[组成] 白茯苓30克，柴胡6克，苍术、萆薢、木瓜各15克，青皮、陈皮、香附、丹参、地龙各12克。

[加减] 兼热加防己、木通、牡丹皮各6～12克；兼寒加桂枝、淫羊藿各9～15克；气虚加黄芪、薏苡仁各12～20克，苍术易白术。

[用法] 水煎服，日1剂。4周为1疗程，疗程间隔1周。治疗期间停用其他药物（原用激素者，逐渐减量）。

[功用] 理气除湿，活血通络。适用于皮肌炎之湿滞肌肤证型。

[疗效观察] 用理气除湿汤治疗中医辨证属湿滞肌肤证之皮肌炎31例（湿滞肌肤证辨证标准：主症：肌肤困重胀痛，肢体抬举无力。次症：①遇阴雨潮湿或情志不遂病情加重；②纳呆、脘腹胀闷。舌脉：舌胖大，苔白或厚腻，脉弦滑或濡。具备主症、舌脉，加次症中1项即可确诊），结果临床治愈（症状消失，实验室检查恢复正常。随访1年未复发）3例，显效（症状消失或明显好转，实验室检查基本恢复正常）12例，有效（症状减轻，实验室检查有好转）13例，无效（症状及实验室检查无改善）3例，总有效率为90.3%。见效最快者3天，最慢者24天，平均14天。最少服药12剂，最多服药87剂，平均服药28剂。

（三）单味药治疗

1. **丹参**[6]

[药理] 扩张血管，改善微循环；抗血凝，抑制纤维胶原合成；抗变态反应，降低IgE及γ球蛋白；抗菌，抗肿瘤。

[用法] 提取丹参素，制成注射液，每支2毫升，含生药4克。每次肌肉注射4毫升，每日1～2次。静脉滴注可提高疗效，更适宜于有血管损害的患者。

[疗效] 治疗5例，4例有效。

2. **灵芝**[7]

[药理]从灵芝中提取的尿嘧啶及尿嘧啶核苷可使皮肌炎患者血清中升高的血清醛缩酶降低，灵芝多糖 D_6 可以促进核糖、蛋白质代谢，故有增强肌力，改善肌萎缩作用。同时本药有增强免疫功能和对中枢神经系统有镇静作用。

[用法] 用深层发酵法培养薄盖灵芝，并利用其菌丝体研制成增肌注射液，每日肌注 1～2 支，连用 1～4 月为 1 疗程，必要时连续使用数个疗程。

[疗效] 用增肌注射液治疗皮肌炎 7 例，近期治愈（临床症状、体征及实验室检查恢复正常）1 例，显效（临床症状、体征及实验室检查恢复 60%以上）4 例，好转（临床症状、体征及实验室检查恢复 30%以上，但在 60%以下）1 例，无效（临床症状、体征及实验室检查无恢复）1 例。

3. **雷公藤**[6][8]

[药理] 具有抗炎、调节免疫功能，动物实验表明有抗肿瘤活性及激素样抗炎作用。

[用法] 雷公藤去皮水煎，口服。

[疗效] 用雷公藤煎剂口服治疗 6 例皮肌炎，5 例均有不同程度疗效，表现为皮疹消退，肌无力改善，近端肌肉疼痛消失，肌浆酶降低，24 小时肌酸恢复正常，其中 2 例随访 2～3 年，未见病情反复。单一君相继报道 38 例，亦证实有经得起重复的疗效，并加用益气药物则疗效有所提高。

（四）其他疗法

1. **针灸疗法**

针灸治疗以取阳明经穴为主，上肢取手阳明大肠经腧穴为主，下肢取足阳明胃经腧穴为主。根据病因和所犯脏腑之不同，配伍相应经脉的穴位，采用不同手法，“补其荣而通其俞，调其虚实，和其顺逆”，祛除病邪，濡养肌肤筋骨。

[主穴] 上肢肩髃、曲池、合谷、阳溪。下肢髀关、梁丘、足三里、解溪。

[配穴] 肺热加尺泽、肺俞；湿热加阴陵泉、脾俞；肝肾阴亏加肝俞、肾俞、悬钟、阳陵泉。肺热或湿热明显者，单针不灸、用泻法；肝肾阴亏、气血不足者，针灸同施，用补法。

2. **拔罐疗法**

[取穴] 上部取穴：大椎、肩髃、身柱、大杼。下部取穴：腰眼、命门、环跳、承山。

[方法] 用投火法或闪火法，拔吸 15 分钟，每日 1 次。伴发恶性肿瘤者不宜施用此法。

3. **椎拿疗法**

上肢：拿肩井筋，揉捏臂臑、手三里、合谷部肌筋，点肩髃、曲池等穴，搓揉臂肌来回数遍。下肢：拿阴廉、承山、昆仑筋，揉捏伏兔、承扶、殷门部肌筋，点腰阳关、环跳、足三里、委中、犊鼻、解溪、内庭等穴，搓揉股肌来回数遍。手劲刚柔并济，以深透为主。

4. **食疗**

(1) 大麦米去皮 60 克，薏苡仁 60 克，土茯苓 90 克，同煎为粥，煮熟后去土茯苓食用，、以湿热证型为宜。

(2) 烤干牛骨髓粉 300 克，黑芝麻 300 克，略炒香，研末，加白糖适量合拌，每服 9 克，日 2 次。

(3) 黄芪 15 克，红枣 20 枚，文火煮至枣熟，入粳米 50 克，熬成粥食用，每日 1 次。

（4）八宝鸭：取1千克左右活鸭1只，宰杀，去毛及内脏，用枸杞子30克，湘莲肉30克，白扁豆15克，黑大豆15克，生苡米15克，蜜枣10枚，黑芝麻30克，炙黄芪15克，稍煮令熟，入鸭腹中，隔水蒸煮，待香气四溢即可食之。

5. **外治法**

（1）芙蓉花稍烘令干，研细过筛，和入松花粉、滑石粉，外敷皮损处。

（2）络石藤30克，透骨草30克，红花10克，苏木10克，桂枝10克，加水煎熬趁热先熏后洗。

三、中西医结合治疗

方法一[9]

中医辨证施治加用西药强的松和免疫抑制剂联合治疗。

［治疗方法］

上海张氏用本法治疗本病15例，其中Ⅰ型多发性肌炎4例，Ⅱ型伴不同程度皮损的多发性肌炎9例，Ⅲ型在宫颈癌基础上发生皮肌炎1例，Ⅵ型皮肌炎合并类风湿性关节炎1例。中医辨证分型为肺热伤津型4例，用清燥救肺汤加减；脾虚湿热型5例，用参苓白术散合加味二妙散加减。西药以皮质激素为主，强的松在活动期用量为40～60mg/日，病情稳定后递减。免疫抑制剂选用环磷酰胺、硫唑嘌呤等。

［治疗结果］

治疗本病15例，显效4例，有效4例，无效5例，死亡2例。

方法二[10]

配用中药治疗以渐减强的松用量。

［治疗方法］

中药以祛风除湿、活血化瘀、消肿止痛，佐以滋补肝肾、养血和营，药用山风（菊科）、三叶青藤（青藤科）、五加皮各12克，九层风（苋科）、生地、杜仲各15克，秦艽、威灵仙、当归、防风、茯苓、沙参、麦冬、牛膝、续断各10克，红鱼眼（大戟科）5克。日1剂，水煎服。

［治疗结果］

治本病1例，服药3周后，病情好转，再用上方药酒，1个月后四肢能活动，乃停激素，再以上方汤剂和药酒交替服用1月，病情稳定出院。1年后随访，病情无复发。

方法三[3]

［治疗方法］

以金匮肾气丸改汤剂，倍用熟地，加大泽泻、茯苓用量。处方：熟地48克，山药12克，山萸肉12克，茯苓15克，泽泻15克，丹皮9克，制附片9克，肉桂6克。水煎服，日1剂，分2次服。原用激素逐渐减量并停用。

［治疗结果］

治疗1例女性患者，35岁，发作时四肢软弱无力，全身肌肉酸痛进行性加剧，伴吞咽困难、多汗等，脉细弱，舌质红，苔薄白。病已年余，服激素缓解，停用又复发，反复加重。服上方2周后，肌肤疼痛、精神疲惫明显减轻，睡眠改善，仍不思饮食；原方加党参12克，以

健运中气，又服3周后，诸证大减，肌肤疼痛基本消失，精神好转，食欲渐进，颜面肿胀暗赤明显减退；予原方泽泻、茯苓减量，配丸继服3月之久，诸证皆愈，未再复发。

方法四[11]

以补肾中药为主、配用激素治疗。

[治疗方法]

①滋补肾阴，佐以活血通络，药用生地、熟地各15克，山药9克，茯苓9克，阿胶8克，女贞子9克，旱莲草15克，枸杞子9克，菟丝子9克，丹皮9克，红花9克，茜草9克，鸡血藤15克，桑枝12克。②补益肾气，佐以清热，药用党参9克，生地、熟地各15克，南沙参、北沙参各15克，黄精30克，女贞子9克，旱莲草15克，黄芩9克，白薇15克，大青叶30克，木香9克，陈皮9克。适当加减选用银花、连翘、丹皮、紫草。③均同时配用激素治疗4～5个月后停药。

[治疗结果]

用上述方法辨证治疗皮肌炎2例，均取得较好效果。

方法五[12]

以益气活血宣肺补肾方加减、配用强的松等西药治疗。

[治疗方法]

益气活血宣肺补肾方：党参30克，炙黄芪30克，丹参25克，丹皮20克，杏仁15克，桔梗15克，菟丝子30克，巴戟天20克，生地30克，女贞子20克。水煎服，每日1剂。证见风寒湿者加羌活20克、秦艽15克；证见风湿热者加防己20克、蝉蜕15克；毒热充斥加玄参50克、白花蛇舌草50克；湿浊内盛加茯苓30克、薏米30克；湿热缠绵加土茯苓40克、栀子15克；阴亏液耗者加石斛40克、麦冬30克。强的松每次10毫克，日3次，以后逐渐减量。

[治疗结果]

用上法治疗多发性肌炎8例、皮肌炎24例，结果显效16例，占50%；有效12例，占38%；无效4例，占12%。总有效率为88%。本组皮肌炎症状开始缓解时间平均11日，86%的病例于2～5周左右减轻或明显好转。实验室检查项目开始下降时间平均为：血清酶26日，尿肌酸18日，免疫学指标22日。治疗过程中未见激素副作用出现。

方法六[13]

[治疗方法]

(1) 辨证论治：风热壅盛型（4例）：治宜解表通里，疏风泻热。方用防风通圣散加减：防风、薄荷、山栀子、酒大黄各10克，川芎、连翘、当归、黄芩各15克，白术6克，生石膏30克，煅牡蛎20克，甘草5克。肝肾阴虚型（12例）：治宜益气固本，滋阴补肾，清热凉血，祛风通络。方用青蒿鳖甲汤加减：青蒿5克（后入），鳖甲（先煎）、黄芪各30克，乌梢蛇、太子参、菟丝子、山萸肉各15克，桃仁12克，枸杞子20克，牡丹皮、甘草各6克。加减：皮损红热明显加金银花、鱼腥草等；肌肉肿痛显著者加苍术、黄柏、水牛角等；皮下有结节者加桑枝、蛇蜕、干地龙；病久关节变形、活动受限者加续断、仙灵脾、炮山甲；心悸汗出、脉结代者加人参、麦冬、天冬、苦参、酸枣仁；肝脾肿大、肝功异常者加灵芝、茵陈；尿中有蛋白者加琥珀、通草、萹蓄、车前子等；脘满纳差者加陈皮、木香、神曲。

(2) 西药及其他疗法：急性进展期适当服用糖皮质激素如强的松、地塞米松，病情严重

者加硫唑嘌呤、环磷酰胺以控制症状，急性期过后激素减量或停药，并视具体情况给以抗感染、强心、利尿、纠正酸碱失衡及水电解质紊乱。配合免疫调节口服液（用土鳖虫、全蝎、地龙、蟾酥加工提取而成），每次20毫升，日3次。使用东北白眉蝮蛇清栓酶，按病情轻重和年龄决定剂量，每日0.5单位、0.75单位或1.0单位，加入0.9%生理盐水250毫升中静滴，10日为1疗程，观察治疗30～60天；或0.25单位加入生理盐水10～20毫升中，四肢穴位皮下浸润注射（每次交替取穴30～40个），3日1次，1个月为1个疗程，观察治疗6个疗程。并予以针灸、按摩、推拿等辅助治疗。

[治疗结果]

用本法治疗皮肌炎16例，显效（症状体征消失或大部分消失，实验室检查尿肌酸、CPK、LDH、ALD及肌电图等指标均正常或接近正常，恢复工作）12例，有效（症状体征有所改善，实验室各项检查指标下降30%以上，或其2～3项接近正常）4例，总有效率为100%。

方法七[14]

[治疗方法]

（1）中西医结合组（30例）：①中药汤剂：白花蛇舌草、薏苡仁各30克，地肤子15克，生地、赤芍、白芍、甘草各10克。加减：热毒炽盛、皮损红斑加紫花地丁、白茅根、牡丹皮、连翘、白鲜皮、淡竹叶；风袭痒甚加蝉蜕、祁蛇；脾虚倦怠、纳少便溏加黄芪、山药、炒白术、茯苓；瘀血加丹参、益母草、全蝎；腰膝酸软加熟地、枸杞子。日1剂，水煎服。②西药：强的松1mg/kg/日，4周后减量，首次减20%，以后每月递减10%，直至维持量，12～18个月后停用，酌情抗感染、纠正酸碱及水、电解质紊乱。

（2）对照组（15例）：单纯用上述西药，用法及剂量均同中西医结合组。

两组治疗均1个月为1个疗程，治疗2～3个疗程。

[治疗结果]

两组分别显效（治疗后症状积分值下降≥2/3）18例、5例，有效8例、4例，无效4例、6例，总有效率为86.7%、60%（$P<0.05$）。两组症状改善、血沉、谷草转氨酶、肌酸磷酸激酶、淋巴细胞转化率等指标的治疗效果中西医结合组明显优于对照组（$P<0.05$），中西医结合组淋巴细胞转化率治疗前后自身比较有显著性差异（$P<0.05$），两组激素副作用出现率分别为30%、86.7%（$P<0.01$）。

方法八[15]

[治疗方法]

（1）中药：毒热型用生玳瑁（或羚羊角粉0.6克，冲服）、延胡索、川楝子各10克，金银花、败酱草、白茅根、薏苡仁各30克，连翘、生地、牡丹皮、赤芍、茯苓皮各15克。寒湿型用黄芪、鸡血藤、鬼箭羽各30克，党参、白术、乌蛇、桂枝各10克，茯苓、山药、丹参、秦艽、白芥子各15克。阴阳失调、气血两虚型用首乌藤、鸡血藤各30克，天仙藤、太子参、丹参各15克，钩藤、黄芪、白术、茯苓、当归、赤芍、白芍各10克。均随症加减。日1剂，水煎服。红斑皮疹外用黄连膏；炎性肿胀、肌肉疼痛用伸筋草、透骨草各30克，水煎温浴，或药酒按摩；肌肉僵硬、皮肤暗紫用正红花油或紫色消肿膏加10%活血止痛散混匀局部按摩。

（2）西药：酌情用皮质激素、免疫抑制剂、抗生素、维生素E、维生素C等。

4周为1个疗程，治疗1～3个疗程。

[治疗结果]

用本法治疗多发性肌炎和皮肌炎 26 例，显效 5 例，有效 17 例，死亡（并发肺部感染）4 例，总有效率为 84.6%。肌力及 8 项实验指标均较治疗前改善，激素用量较治疗前明显减少。

方法九[16][17][18]

袁氏报道中西医结合治疗 27 例皮肌炎，西药应用激素和环磷酰胺，配合中药，急性期清热解毒，慢性期益气健脾，总有效率达 88.8%。王氏认为急性皮肌炎以大剂量激素为主，适当配合清营解毒中药，亚急性和慢性阶段以扶正固本、活血化瘀为主，分别配合中等量和小剂量激素为宜，有的慢性皮肌炎单用中药治疗也收到较好疗效。共治疗 21 例，1 例基本痊愈，19 例好转，1 例死亡。张氏认为皮肌炎的危险性很大程度在于吞咽困难和呼吸肌麻痹，吞咽障碍容易造成吸入性肺炎和呼吸道梗塞而窒息，呼吸肌麻痹则更易产生窒息。因此，吞咽障碍时，必须同时采用鼻饲，以杜绝异物的吸入，此时应投以大剂量激素和免疫抑制剂，同时加中药清热凉血活血兼以健脾益气，按此法成功治疗了危重皮肌炎 2 例。

第五节 预 防

（一）未病先防

本病的发生多与素体虚弱，感受风寒湿热之邪有关，故平素宜加强锻炼、增强体质，提高机体抗御能力，防止外邪侵袭。要慎起居，适寒温，尤其是四季变更之时，更应注意调摄。

（二）既病防变

患病之后，急性发作者多因并发感染而加重病情，甚至死亡，故应预防感染。对有重度炎症的病人，应卧床休息，但同时应适当作关节和肌肉的被动活动，以防软组织挛缩。有皮损现象者应防止暴晒和忌食辛辣刺激之品，以免使皮损加重，或新的皮损出现。对长期应用皮质类固醇激素者，应注意预防消化道出血及胃肠穿孔等副作用发生。另外，及早发现和治疗体内隐藏的恶性肿瘤，对本病的缓解和预后会起到很大作用。

参考文献

[1] 卢君健，主编．实用结缔组织病学．北京：人民卫生出版社，1987：365～371
[2] 伊和姿，等．上海中医药杂志 1986；(1)：32
[3] 卢君健，主编．结缔组织病中西医诊治学．北京：人民卫生出版社，1992：611
[4] 胡熙明，主编．中国中医秘方大全（中册）．上海：文汇出版社，1989：190～195
[5] 娄高峰，等．中医研究 1993；6 (2)：39～40
[6] 单一君，等．中医杂志 1985；(1)：42
[7] 谢晶辉．中医杂志 1985；26 (6)：48
[8] 秦万章．上海中医药杂志 1981；(4)：47
[9] 张镜人．上海中医药杂志 1980；(3)：20
[10] 黄鸿诏．广西中医药 1979；(4)：46
[11] 顾伯华，主编．实用中医外科学．上海：上海科学技术出版社，1985：13

[12] 王占忠，等．黑龙江中医药　1990；(2)：23
[13] 苌云玉，等．山东中医杂志　1995；14 (9)：413
[14] 刘健．辽宁中医杂志　1994；21 (12)：553～554
[15] 陈可平．北京中医　1994；(3)：13～15
[16] 袁兆庄，等．医学研究通讯　1978；(11)：24
[17] 王德馨，等．天津医学　1981；(4)：224
[18] 张鸣鹤，等．山东中医学院学报　1986；(4)：28

第八章　白塞氏病

第一节　概　述

白塞氏病（Behcet's disease）是一原因不明的以细小血管炎为病理基础的慢性进行性、复发性多系统损害疾病。临床上以反复发作性口腔、生殖器溃疡、虹膜睫状体炎和皮肤损害为特征，通常称口—生殖器—眼三联征。本病在我国并非罕见。多发于20～30岁，男性略多于女性。目前西医药尚无特效方法，主要为糖皮质激素、细胞毒类药物、非甾体抗炎药、纤溶药物及对症治疗。

根据其临床表现，本病属于中医学“狐惑”病范畴。中医认为本病主要为感受湿热湿毒，或病久失治、误治，脏腑功能失调，变生湿热、瘀血所致。病关多个脏腑，但主要涉及肝、脾、心、肾4脏。初起多为湿热毒气循经上蚀咽喉、下注2阴而发为溃疡，继则伤气损阴，终则阴阳两虚。在治疗上，则根据其病机变化之不同，一般初起以清湿热、解毒邪为其大法，重在祛邪；中期多采用健脾除湿、滋阴清热凉血等法，以邪正兼顾；晚期重在调补阴阳气血。近年来中西医结合治疗本病，疗效优于单纯中医或西医治疗，值得进一步探索。

第二节　病因病理

一、西医病因病理

（一）病因

本病的病因可能是多因素的综合，系全身性自身免疫病。

1. 感染

本病的发生与病毒有关的证据为：①本病的表现和病毒感染相似，并在病变组织有包涵体；②病毒感染后的变态反应或病毒的免疫复合物可引起发病。本病与细菌有关的证据为以链球菌抗原作皮肤试验及巨噬细胞游走抑制试验均为阳性，认为与慢性病灶的链球菌感染有关。此外，结核感染后发生过敏可能是发病因素之一，有病例抗结核病治愈后不再发作。

2. 遗传因素

本病有地区性发病倾向和有血缘性家族性发病。另有报导本病与HLA-B_5密切相关，其频率可达61～88%，与HLA-D也有一定关系。说明其发病与免疫遗传因素有关，系常染色体显性遗传。

3. 微量元素

近年来发现病变组织内有机磷、氯及铜离子等多种微量元素含量增高，此可能与职业或环境因素有关。

4. **自身免疫**

自身免疫引起发病的证据为：①病人血清 γ-球蛋白升高，血清中存在抗口腔粘膜抗体和抗动脉壁抗体；②发现病人体内存在针对粘膜抗原细胞介导的免疫反应，以及病人的淋巴细胞对口腔上皮细胞匀浆或培养液可发生 T 细胞介导的细胞毒反应；③病人血中有免疫复合体、大分子型 C_3，并证实体内免疫复合体水平与疾病的活动性直接相关。上述免疫现象说明本病自身免疫机制参与发病。

5. **血清中纤溶酶抑制物**

纤溶酶抑制物可使纤溶酶溶解纤维蛋白的活性降低，导致纤维蛋白原含量增高、中性粒细胞的趋化活性增强，这在病变的发展中也有一定作用。

（二）病理

口腔溃疡似复发性口疮，在表皮的细胞层有单核、淋巴细胞聚集而表现为慢性炎症，在皮肤、脑、网膜、阴部、血管周围发生炎症，有免疫复合物沉积，故基本病变是小血管炎，累及毛细血管和细、小静脉，少数为细动脉，而静脉病变比动脉显著。血管各层病变程度不一。血管炎性改变大多为渗出性，少数为增生性，有时也可两者同时存在。急性渗出性病变为管腔充血、血栓形成、管腔及其周围组织有纤维蛋白样变性，中性粒细胞浸润和红细胞外渗，有明显水肿、纤维渗出和脓疡形成；增生性病变主要是内膜和外膜细胞增生，管壁增厚，管腔变窄和阻塞，有时有肉芽肿形成，并可见少许巨细胞。

二、中医病因病机

本病早在《金匮要略》中就有论述，并认为其发病与“虫”有关，其在《百合狐惑阴阳毒病脉证治》篇中说：“狐惑之为病，状如伤寒，默默欲眠，目不得闭，卧起不安，蚀于喉为惑，蚀于阴为狐，不欲饮食，恶闻食臭，其面目乍赤乍黑乍白。”《诸病源候论·伤寒狐惑候》指出本病为湿热毒气所致，曰：“初得状如伤寒，或因伤寒而变生斯病……此皆由湿热毒气所致也。”《金匮方论衍义》提出湿热酿生瘀浊的病机，其谓：“虫生于湿热败气瘀血之中，其来渐矣，遏极而发，非若伤寒一日而暴病。”“狐惑病，谓虫蚀上下也……盖因湿热久停，蒸腐气血而为瘀浊，于是风化所腐为虫矣。”《金匮要略方论本义》提出了“虚热”之病因，曰：“狐惑者，阴虚血热之病也”，“治虫者，治其标也；治虚热者，治其本也”。《医宗金鉴·订证金匮要略注》进一步阐述其病因谓：“每因伤寒病后余毒与淫匿之为害也；或生斑疹之后，或生痢疾下利之后，其为患亦同也。”总之，历代医家对本病病因病机的认识基本一致，其病因为湿热内蕴，或有瘀血，或阴虚内热，惟为因虫引起的见解，当属推测。根据本病的临床表现，结合前贤论述，此就其病因病机简述如下：

1. **湿热蕴蒸**

感受湿热毒气；或湿邪内侵，郁久化热；或病久失治；或汗、吐、下太过；或长期服用苦寒药，损伤脾胃，脾虚而聚湿酿热；或肝旺脾虚，木火土湿相合；或阴虚之体，虚热内生，迫灼津液，变生湿热。均致湿热内蕴，阻隔经络，蒸腐气血，结于脏腑，客于肌肤，上下相

蚀而发病。

2. **热毒内攻**

热病、毒痢、斑疹余毒未尽，与湿浊相合，而致热毒内壅；或饮食不化，留而成浊，与气血搏结，蕴成热毒；或四时感受风温热毒之邪，以致热毒循经上攻于口眼，下注于外阴而发病。

3. **阳虚寒凝**

素体阳虚，复感寒邪，留而不去；或病久失治、误治，耗伤阳气，寒邪内生，血脉瘀滞，而致口眼及阴部溃疡。

4. **阴虚内热**

素体阴虚，或病久阴虚，虚热内生；或长期服用苦寒之剂，化燥伤阴，或汗、吐、下太过；或下利日久；或热病后养息不当。亡津伤阴，阴虚生内热，均致虚火外浮、内扰，而诸恙悉作。

第三节 诊 断

一、辨病·西医诊断

（一）症状与体征

患者以青壮年为主，20～30 岁患者占 74%，10 岁以下 50 岁以上发病者少见。男多于女。本病起病大多呈慢性，先于一个部位发生损害，经不等时间的反复发作与缓解后，再分别在其他部位发病。一般是口腔在先，眼在后，以局部损害为主，全身性症状较轻，但在病程中可急性加重。少数急性发病者，可于 5 天至 3 个月内在口腔、生殖器、眼、皮肤等常发部位同时或先后出现损害，病情重，常伴有高热等。经过一定时期的缓解后，可慢性反复发作。白塞氏病各种症状体征的阳性率（见表 2—8—1）。

表 2—8—1 白塞氏病各种症状体征的阳性率[1]

症 状		男（人数百分比）%	女（人数百分比）%	共计
复发性口疮		97.9	98.8	
皮肤症状	①结节性红斑样皮疹	75.2	82.5	78.4
	②皮下血栓性静脉炎	33.5	24.1	29.6
	③皮肤刺激后高反应	69.0	63.6	66.8
	①+②+③	89.8	91.3	90.4
眼症状		86.3	67.8	78.6
外阴溃疡		76.8	83.6	79.8

续表

症　状		男（人数百分比）%	女（人数百分比）%	共计
关节炎		56.1	62.6	58.9
血管系统症状		8.7	6.3	7.7
消化道症状		27.7	25.9	26.9
精神神经症状	①锥体系症状	9.8	6.3	8.3
	②脑神经症状	7.9	6.2	7.2
	③其　他	10.3	6.4	8.7
	①+②+③	14.8	12.2	13.7

1. **全身性症状**

无论是急性发病或慢性病程中的急性加重，主要的全身症状是高热、头痛、乏力、食欲不振和关节疼痛等。热型不定，少数病例可持续高热。半数以上病人在夏天发生低热。过度劳累、睡眠不佳、月经前后、气候突变或季节改变均可引起不同部位损害加重。少数病人有家族史，尚未见接触传染病例。

2. **口腔损害**

复发性口疮样溃疡是本病必有征象及首要表现，好发于颊部、舌缘、上下唇内。溃疡呈多形性、成群出现，疼痛显著。溃疡直径 2～10mm，很少超过 10mm，中央底部呈黄色，周围圈以鲜红色晕轮，多于两周左右愈合，常无疤痕残留，但反复发作，无长期缓解者。早期约每月发作 1 次，病程长者发作间隔时间缩短，或连续不断地反复发作。重症时累及咽喉部，损害数目少，但溃疡大而深，症状重，愈合慢。

3. **生殖器损害**

约 70％的病人有外生殖器溃疡，男性多生于阴囊，较少发生于龟头或包皮，类似口腔溃疡，有剧痛；女性多生于阴道、宫颈、阴唇等，呈复发多形样溃疡。阴道溃疡多无痛感，分泌物排泄可增加，外阴溃疡常疼痛。复合持续性溃疡痊愈时有疤痕。生殖器溃疡一般比口腔溃疡大而深，数目少，愈合慢，反复发作次数少，每次发作间隔时间长，有时间隔几年发作一次。

4. **眼损害**

约 90％的病人有眼损害，表现为反复发作性虹膜睫状体炎伴有前房积液，亦可为葡萄膜炎，少数为结膜炎、角膜炎、巩膜炎等。反复发作后，则主要是脉络膜炎、视网膜炎及眼底出血、玻璃体混浊等。有时几种损害并发，严重的眼损害可导致视力减退，甚至变盲。眼损害一般发生较晚，但危害较大。可在口疮样溃疡数年后发生，从发病到视觉丧失时间为 3～4 年，也可延至 8 年以上。

5. **皮肤损害**

约 85％的病人有皮肤损害。最常见的是结节损害，以下肢小腿多见，为黄豆至胡桃大、深浅不一的皮下结节，有疼痛和压痛，几个至 10 余个不等。皮色鲜红、淡红或紫红，质硬。可

有结节周围红晕，称红晕现象，可与其他种炎症性下肢结节性疾病区别。近半数病人出现毛囊样损害，多见于身体上部、四肢，损害多少不一，反复发作，以夏天为重，抗生素无效。皮损如疖肿、炎性皮肤结节、痤疮样皮疹、脓皮病，也可有多形性红斑、环状红斑、血疹、坏死性结核菌疹及比较特殊的 Sweet 氏病样损害。约 60% 的病人出现针刺反应。每于注射、针灸后次日在刺处发生米粒大红丘疹或小脓疮，周围有红晕，可起硬结，约 1 周左右消退。疾病活动期针刺反应阳性率高，程度亦较强。本病各种皮肤损害均可为皮肤血管炎表现。

白塞氏病皮肤及眼各种病变的发病率见表（2—8—2）。

表 2—8—2 白塞氏病皮肤及眼各种病变的发病率[1]

病损类型	百分率	病损类型	百分率
丘疹和水疱	34	视神经乳头炎	13
脓疱和脓皮病	36	玻璃体出血	22
毛囊炎、疖、脓肿	44	慢性继发症	40
痤　疮	7	失明	27
红斑结节样病变	32	青光眼	7
非特异性皮肤反应	37	白内障	18
前段	76		
复发性虹膜睫状体炎	76		
结合膜炎	62		
后段	62		
脉络膜视网膜炎	44		
网膜血管炎	35		

6. **关节损害**

约 60% 的病人有关节症状，以膝、踝关节多见。表现为关节疼痛和酸痛，少数病例可有显著肿胀，但皮色不红。多呈长期反复发作，且能自行缓解，并无日渐加重及功能障碍。骨及关节 X 线摄片，多无明显异常，即有破坏亦较轻微。滑膜活检亦只见其浅层有轻度病变。关节液培养阴性，白细胞计数增高，以中性粒细胞为主，并可见吞噬性单核细胞，免疫球蛋白增加，α_2 巨球蛋白、补体增高。个别病例伴发强直性脊柱炎。白塞氏病关节病变的分布及其百分率（见表 2—8—3）。

表 2—8—3 白塞氏病关节病变的分布及其百分率（157 例关节病变）[2]

关节症状	百分率（%）	罹患关节	百分率（%）	罹患关节	百分率（%）
关节痛	12	指	20	足	13
单关节炎	12	手指端	38	足跟	54
多关节炎	76	肘	29	其他	12
间发性	88	肩	8		
非对称性	74	腰	9		
关节变形	4	膝	61		

7. 心血管病变

心脏病变较少，主要表现为节律紊乱、心肌损害等，很少合并心瓣膜改变。血管病变占20%左右，全身各部中等以至大的动、静脉均可发病，以静脉尤多，基本病变是血管炎。静脉病变表现为血栓性静脉炎和静脉血栓形成，如下肢浅表性游走性血栓性静脉炎、小腿深静脉血栓形成和上、下腔静脉闭塞等。动脉病变主要是动脉内膜炎和管腔闭塞，从而导致缺血及动脉瘤形成。锁骨下动脉闭塞可引起无脉症；肾动脉狭窄或肾动脉瘤可引起上肢高血压；股动脉分支急性栓塞可造成股骨头坏死；肺动脉分支血管炎可导致管腔闭塞；肺动瘤破裂可引起咯血。

8. 消化系病变

发生率在8.4～27.5%，表现为上腹部饱胀不适、嗳气及中下腹部胀满、隐痛，以至阵发性剧痛、肛门疼痛等，便秘多于腹泻。器质性病变主要是溃疡，多见于回盲部至上行结肠，有时大量便血，偶尔为肉芽肿及穿孔。一旦发生穿孔，则可出现急性腹膜炎症状。本病肠道各部溃疡发病率和小肠放射线异常发生率见表（2—8--4）。

表 2—8—4　白塞氏病肠道各部位溃疡发病率（60 例）和小肠放射线异常发生率[1]

病变部位	百分率	小肠异常放射线所见	百分率
回肠	75	广泛扩张	55
盲肠	25	部分扩张	58
升结肠	8	胀气或积气	52
横结肠	8	液体潴留	80
降结肠	4	绒毛状改变	55
乙状结肠	3		
直肠	2		

9. 神经系统病变

发生率为8%～10%，病人有头痛、发热、项强、脑脊液中细胞数增加的脑膜脑炎。颅内血栓性静脉炎时，可有头痛、呕吐和双侧视神经乳头水肿等颅内压增高现象。其他如大脑性共济失调、假性球麻痹、一时性视神经麻痹、轻偏瘫、颅神经损害、小脑症状、球麻痹、锥体外路症状、脊髓脊膜炎、癫痫、脑病、多发性硬化症样疾患等，总的用神经—白塞氏综合征一词称之。精神症状表现有迫害妄想、自杀倾向、反应性忧郁症。本病一旦并发神经系统病变，预后不良，多在1年内死亡。

10. 其他

本病较少累及肺、肾，少数病人可发生睾丸炎、感觉性耳聋等。

白塞氏病的最早期表现和以后出现症状比较（见表2—8--5）。

表 2—8—5 白塞氏病的最早期表现和以后出现症状比较（百分率）[1]

病损类型	最早期表现%	以后出现症状%
口腔溃疡	80	20
生殖器溃疡	2	4
眼病变	9	33
皮肤病变	2	4
关节炎	7	15
静脉炎	—	15
神经系统综合征	—	9

（二）实验室及其他检查

活动期白细胞增多，血沉增快，后期可有贫血，粘蛋白增加，α_2 球蛋白、唾液酸多增高，部分病例血浆铜蓝蛋白及冷球蛋白阳性。血液流变学检查各项指标增高。甲皱舌尖微循环可见微血管轮廓模糊，异型微血管袢，微血管渗出，红细胞聚集，血流缓慢，粒状并出血；也可见微血管内无细胞聚集，血流加快呈线状。舌蕈状乳头萎缩，此有辅助诊断价值。对有关脏器发病可作相应检查，如心电图、脑电图、CT、纤维胃镜、肠镜、血管造影等。

（三）诊断要点

1. 诊断

诊断主要点为：①口腔溃疡。②外生殖器溃疡。③眼病。④皮肤损害。次要点为：①消化道病变。②静脉炎。③关节损害。④中枢神经系统损害。上述诊断要点中，有 3 个主要点或两个主要点加 2 个次要点即可诊断。急性发作病例，各部位损害往往同时存在，似容易确诊，但也容易与这些部位发病的其他疾病发生误诊，其中特别是药物反应；慢性发作时，则各部位损害分别出现或相隔时间很长后才出现，故应仔细询问病史，注意各部位损害发作之间的关系，结合长期反复发作的慢性病程，综合分析，才不至误诊或漏诊。特征性针刺皮肤的过敏反应，对提示本病诊断很有价值，如能同时检查 HLA-B_5，对本病的诊断更有帮助。

本病有多种诊断标准，以下列举几种主要诊断标准。

（一）日本厚生省特定白塞氏综合征诊断标准

1. 诊断依据

（1）主要症状：

①口腔粘膜再发性阿弗他溃疡。

②皮肤症状：①结节性红斑样皮疹；②皮下血栓性静脉炎；③毛囊炎样或痤疮样皮疹；④针刺反应阳性。

③眼症状：①虹膜睫状体炎；②网膜脉络膜炎；③（参考症状）虹膜睫状体炎和网膜脉络膜炎后导致的弥漫性网膜脉络膜萎缩、视神经萎缩、继发性白内障、继发性青光眼以及眼球萎缩。

④外阴部症状：①男性阴囊（很少在阴茎）出现阿弗他样溃疡；②女性大小阴唇、阴道壁等处出现疼痛的境界明显的溃疡。

（2）次要症状：

①类似风湿性关节炎的症状。

②消化道症状如回盲部的多发性溃疡。

③附睾丸炎。

④血管系统症状，可出现闭塞性血栓性静脉炎，及动脉闭塞、动脉瘤等。

⑤精神神经症状，可出现精神、锥体束及脑神经症状。

2. 诊断标准

（1）完全型：在临床过程中同时或先后出现全部主要症状的。

（2）不完全型：在临床过程中出现3个主要症状的，或者出现典型的眼症状并出现1个其他的主要症状的。

（3）可疑型：在临床经过中出现典型眼症状以外的2个主要症状的。

（4）有可能性型：在临床经过中出现1个主要症状的。

（二）根据主要和次要依据的诊断标准

有下列依据中的2项，其中有1项为主要依据，可作出诊断。

1. 主要依据

（1）口疮性（阿佛他）口炎（复发性）。

（2）生殖器溃疡（复发性）。

2. 次要依据

（1）葡萄膜炎。

（2）皮肤血管炎（结节性红斑）。

（3）滑膜炎。

（4）血栓性静脉炎。

（5）脑膜脑炎。

（6）肠溃疡。

（三）杨氏诊断标准（杨国亮）

（1）四个好发部位（口腔、皮肤、生殖器和眼）中3～4个同时或先后受累。

（2）病情反复发作，并呈慢性。

（3）损害具有某些特征如皮肤损害的多形性、围绕结节损害的红晕、毛囊炎样损害、舌尖蕈状乳头萎缩和皮肤针刺反应阳性。

符合上述标准的可诊断为白塞氏病。

（四）根据6种最常见表现的诊断标准

（1）复发性阿弗他（口疮性）口炎。

（2）生殖器阿弗他溃疡。

（3）葡萄膜炎。

（4）滑膜炎。

（5）皮肤血管炎。

（6）脑膜炎。

这6种临床表现中有3种，可作出诊断，但其中口疮病是必需具备的。如复发性口疮性溃疡与另一种表现共存，可诊断为不完全型。

（五）典型病例诊断并无困难

有人认为对不典型病例，如眼、口腔、生殖器3种损害，具有2项者可确诊，但其中必须有眼部病变。也有人认为口腔、眼、生殖器和皮肤4个方面，具有2项临床表现，并反复发作和皮肤针刺反应阳性者，可诊断不完全型，四项均具备者可诊断完全型。

2. **鉴别诊断**

（1）系统性红斑狼疮：可出现眼部病变、口腔溃疡及神经、心血管系统病变，但其病情进行性加重，并不呈周期性发作，且狼疮细胞、类风湿因子、抗核抗体阳性等异常发现决不见于白塞氏病。

（2）多发性大动脉炎：主要表现为上肢或下肢无脉症，无口腔、阴部溃疡，组织病理改变为巨细胞动脉炎，无静脉改变，针刺反应阴性，很少有皮损，这些特征与白塞氏病以血管病变为主要表现时不难区别。

（3）结核性关节炎：可有结节性红斑，但无眼部损害及阴部溃疡，心血管及神经系统损害也较少见，抗痨治疗有效。结核杆菌引起白塞氏病，虽抗痨药物有效，但粘膜、血管及神经系统病变，可资鉴别。

二、辨证·中医诊断

（一）辨证要点

1. **辨虚实寒热**

本病以热证多见，故临证时要辨明实热和虚热。一般初期多为实热，以热毒内攻、湿热熏蒸为主，在内则扰乱神明，在外则发为溃疡，其发病迅速，病程短，溃疡处颜色鲜红或深红，灼热疼痛，糜烂腐臭，舌红苔黄，脉数有力；中、晚期多为虚热，以阴虚内热为主，其起病缓慢，病程长，溃疡反复发作，缠绵难愈，溃疡面颜色淡红或暗红，多呈平塌凹陷，舌红少苔，脉数无力。除热证外，亦可出现虚寒证，以阳虚寒凝血滞为主，其发病缓慢，发作时先见暗色硬结，久则溃疡，患处色淡，溃疡缠绵难愈，或屡愈屡发，伴畏寒肢冷，面色㿠白，溺清便溏，舌淡暗苔白滑，脉迟涩或沉细涩。另外，由于本病病程长，病机变化复杂，故在病变过程中，亦可出现气阴两虚、阴阳两虚证候，临证时也应详加辨析。

2. **辨溃疡化脓与否**

本病的口、眼、外阴等部位常因溃烂而化脓，辨别其化脓与否，对于治疗和判断预后有一定意义。《金匮要略》载："目赤如鸠眼，不欲饮食者为脓未成，目四眦黑，能食者为脓已成。"临床不必拘于能食不能食之说，应注意观察患处是否燥红肿痛，脉象是否洪大、滑数，如是，则为瘀热酿脓欲发之象。

（二）辨证分型

1. **肝脾湿热证**

[临床表现] 初起或病变过程中常有发热，口腔、咽喉、外阴溃疡，小如疥，大如豆，灼热疼痛，或有下肢红斑结节，潮红灼热而痛，头面躯干可有毛囊炎或脓疮发生，关节酸楚或疼痛，胸胁闷胀，纳呆，恶心呕吐，咽干口苦，目赤羞明，默默欲眠或卧起不安，小便淋涩，

大便不爽，肛门灼热或疼痛，舌质红，苔黄腻，脉弦数或濡数。

[辨证分析] 湿热之邪内蕴肝脾，循二经上冲、下注，故口腔、咽喉、外阴溃疡，目赤羞明；湿热客于肌腠，壅滞气血，故可见红斑结节，毛囊炎或脓疱；湿热流注关节，则关节酸楚或疼痛；湿热之邪久蕴不解，影响脾胃受纳和运化功能，故纳呆；胃失和降，故恶心呕吐；湿热蕴结肝胆，故咽干口苦，胸胁闷胀；湿热化火，神明被扰，故默默欲眠，时而心烦，卧起不安；湿热下注膀胱、大肠，故小便淋涩，大便不爽，肛门灼热疼痛；舌红、苔黄腻、脉弦数或濡数为湿热蕴结之象。

2. **脾虚夹湿证**

[临床表现] 口、咽、外阴溃疡反复发作，经久不愈，患处色淡而呈平塌或凹陷状，常伴低热，头昏头重，倦怠乏力，食欲不振，口干不欲饮，溲清便溏，两足欠温，舌质淡，苔薄白，脉沉细或沉缓。

[辨证分析] 脾胃虚弱，健运失司，水湿留聚，故倦怠乏力，食欲不振，大便溏薄；水湿留聚，津液不能上承，故口干不欲饮；脾虚而清阳不升，故头昏头重；中土既虚，湿热下注，故身有低热，口、咽、外阴溃疡；脾阳不足，寒湿内盛，故溲清，两足欠温，舌质淡，苔薄白，脉沉细或沉缓。

3. **热毒内攻证**

[临床表现] 口、咽、外阴溃疡，以口腔溃疡为主，伴有疼痛肿胀，皮肤红斑明显，关节疼痛甚至红肿，口渴喜饮，目赤肿痛，发热，甚或高热，便秘溲赤，舌红，苔黄，脉弦数。

[辨证分析] 本证多见于急性发作期。热毒内蕴，循肺胃之经上攻蚀于口咽，走下焦循肝肝经蚀于阴，故口、咽、外阴溃疡，伴疼痛肿胀；热毒循肝经上攻于目，故目赤肿痛；热毒入血，故皮肤红斑明显；热壅血瘀，瘀热注入于关节，故关节疼痛，甚至红肿；热盛消烁津液，故口渴喜饮，便秘溲赤；热毒入营血，气血两燔，故见发热，甚或高热；舌红苔黄、脉弦数为热毒内蕴之象。

4. **阳虚寒凝证**

[临床表现] 口腔、外阴先见暗色硬结，久则溃疡，患处色淡，反复发作，经久不愈，下肢红斑结节紫暗，关节疼痛，面色㿠白，畏寒肢冷，食少乏力，下肢浮肿，溏清便溏，舌淡暗或有瘀斑，苔白滑，脉迟涩或沉细涩。

[辨证分析] 素体阳虚，复感寒邪，或阴虚日久，阴损及阳，阴阳两虚而阳虚偏胜，寒邪凝结，血液瘀滞，故口腔、外阴先见暗色硬结，久则溃疡，患处色淡，下肢红斑结节紫暗；阳虚生外寒，故畏寒肢冷；寒凝血滞，筋骨关节失于温养，故关节疼痛；阳虚而清阳不升，故面色㿠白；脾肾阳虚，水谷失于运化，故溏清便溏，下肢浮肿；舌淡暗或有瘀斑、苔白滑、脉迟涩或沉细涩为阳虚寒凝血滞之象。

5. **阴虚内热证**

[临床表现] 口、咽、外阴溃疡，患处暗红，灼热疼痛，时轻时重，缠绵不愈，皮起红斑结节，目赤干涩，视物模糊或目赤肿痛，午后潮热，头晕耳鸣，心烦失眠，口干咽燥，便秘溲赤，舌红少苔或无苔，脉弦细数。

[辨证分析] 阴虚内热，虚火外浮，故口、咽、外阴溃疡，患处暗红，灼热疼痛；肝肾阴虚，津不润窍，故目赤干涩，视物模糊；阴虚生内热，故午后潮热；热扰心神，故心烦失眠；肝肾阴虚，肝阳上亢，故头晕耳鸣；阴液不足，虚火内炽，故口干咽燥，便秘溲赤；舌红少

苔或无苔、脉弦细数为阴虚内热之象。

第四节 治 疗

一、西医西药治疗

（一）一般治疗

急性发作应适当休息；积极去除病因；注意营养，避免进食刺激性食物；尽量避免注射或针刺；衰弱者可给丙种球蛋白 3～6 毫升，肌肉注射，半个月 1 次，共 4～6 次；亦可多次少量输新鲜血。

（二）特殊治疗

1. 皮质激素

急性发作症状较重者，或眼、血管、神经系统损害严重时，可短期应用皮质激素如地塞米松 10～20mg，或氢化可的松 100～300mg，静脉滴注，以缓解症状；以后改用强的松每日 40～60mg，分 2～3 次口服。病情控制后减量。

2. 免疫抑制剂

激素无效，可改用或加用之。可选硫唑嘌呤每次 50mg，每日 3 次，口服；环磷酰胺每次 50mg，每日 2～3 次，口服。其他如苯丁酸氮芥、6-巯基嘌呤亦可选用。

3. 非甾体消炎剂

消炎痛、保泰松、阿斯匹林等，对发热、关节炎、结节性红斑有效，和激素同用更佳。消炎痛每次 25mg，每日 3 次，口服；保泰松每次 0.1g，每日 3 次，口服。服药中注意心脏及视网膜改变。

4. 抗凝改善微循环制剂

有静脉血栓形成者可用促进纤维蛋白溶解剂、低分子右旋糖酐、双香豆素、潘生丁、阿斯匹林等。用抗凝剂需谨慎，并密切注意其副作用。

5. 免疫增强剂

转移因子、左旋咪唑、胸腺素等，治疗本病疗效未肯定，尚在摸索阶段。

6. 对症治疗

口腔溃疡：外涂 2%龙胆紫、0.25%金霉素甘油。溃疡疼剧者局部涂苯唑卡因制剂、口服止痛剂。外阴溃疡：可用 1∶5000 高锰酸钾液坐浴浸泡；局部溃疡可涂强的松软膏、0.25%金霉素软膏、氯霉素鱼肝油软膏等。眼结合膜炎涂激素眼膏或眼水。维生素 B、C、U 可作为辅助治疗。

二、中医中药治疗

（一）辨证论治

1. 肝脾湿热证

[治法] 清热除湿，柔肝和脾。

[方药] 龙胆泻肝汤、二妙散、泻黄散加减。

龙胆草 10 克，山栀子 10 克，黄芩 10 克，黄连 6 克，柴胡 10 克，生地 10 克，木通 6 克，泽泻 15 克，车前子 10 克，藿香 10 克，佩兰 10 克，苍术 12 克，黄柏 10 克，防风 10 克，生石膏 15 克，生甘草 6 克。

[加减] 伴发毛囊炎、脓疱疮者，加银花、连翘、蒲公英；小便淋涩、阴茎肿痛者，加滑石、萹蓄、瞿麦；湿盛、苔厚腻加苡仁、赤小豆、土茯苓；热盛伤津加元参、麦冬、白花蛇舌草、银花、公英；目赤胀痛加夏枯草、谷精草、青葙子；下肢结节加川牛膝、桃仁、青皮；口糜较甚加灯笼草、挂金灯、金莲花；脘闷纳呆加苍术、厚朴、枳实。

[分析] 方中龙胆草泻肝经实火，除下焦湿热；黄芩、黄连、黄柏清热燥湿；栀子、石膏、生甘草清热解毒；柴胡、防风发散肝脾郁火；苍术健脾燥湿；车前子、木通、泽泻导热下行；生地凉血养阴；藿香、佩兰芳香化湿，辟秽祛浊，醒脾和胃。诸药合用，共奏清热除湿、柔肝和脾之功。

2. 脾虚夹湿证

[治法] 健脾益气，升阳除湿。

[方药] 补中益气汤加味。

人参 6 克，黄芪 12 克，升麻 10 克，柴胡 10 克，白术 12 克，陈皮 10 克，炙甘草 6 克，当归 6 克，苡仁 20 克，山药 12 克，茯苓 12 克，鸡内金 6 克，谷麦芽各 10 克，泽泻 12 克。

[加减] 湿盛痰多加半夏；疡面久不收敛加白蔹、蜂房、马勃、木蝴蝶；足踝湿肿加萆薢、猪苓、茵陈；结节难消加三棱、莪术、络石藤、丝瓜络；湿郁化热者，加用寒热并投、辛苦并用之甘草泻心汤以健脾和中，清热化湿。

[分析] 方中人参、黄芪、升麻、柴胡升阳举陷；白术、山药益气健脾，除湿和中；当归、炙甘草益气养血；苡仁、茯苓、泽泻健脾渗湿；陈皮理气和胃，使补而不滞；鸡内金、谷麦芽消食和胃。诸药合用，共奏健脾益气、升阳除湿之功。

3. 热毒内攻证

[治法] 清热解毒，凉血滋阴。

[方药] 清营汤加减。

银花 20 克，连翘 12 克，黄连 10 克，麦冬 10 克，元参 10 克，生地 12 克，丹参 15 克，竹叶心 6 克，水牛角 30 克，大青叶 15 克，板蓝根 15 克，丹皮 10 克。

[加减] 目赤翳肿加菊花、青葙子；皮肤脓点、生疮如粟加蒲公英、地丁；口舌生疮加木通、生甘草；大便燥结者加生大黄；关节疼痛加威灵仙、汉防己；阴虚之象明显者重用元参、生地、麦冬。

[分析] 方用水牛角咸寒、生地甘寒以清营凉血解毒，是属于《素问·至真要大论》的

“热淫于内，治以咸寒，佐以苦甘”的配伍方法；元参、麦冬配生地以养阴清热；银花、黄连、连翘、竹叶心清热解毒；丹参、丹皮活血以消瘀热；伍大青叶、板蓝根以增强本方清热解毒之力。合方共奏清热解毒、凉血滋阴之功。

4. **阳虚寒凝证**

[治法] 温阳散寒，和血通脉。

[方药] 麻黄附子细辛汤合阳和汤加减。

熟地 12 克，鹿角胶 10 克，白芥子 6 克，肉桂 6 克，炮姜 6 克，麻黄 6 克，制附子 6 克，当归 10 克，川芎 10 克，甘草 6 克，三棱 10 克，莪术 10 克，陈皮 10 克。

[加减] 气虚重者加黄芪；大便溏泻加党参、白术；畏寒肢冷、夜尿频多加巴戟天、补骨脂、肉苁蓉；下肢浮肿加茯苓皮、大腹皮、冬瓜皮。

[分析] 方中熟地、鹿角胶养血助阳；附子、肉桂、炮姜温阳散寒；麻黄、白芥子散寒通滞；当归、川芎养血活血；三棱、莪术活血散结；陈皮行气和胃，使补而不滞；甘草解毒，调和诸药。诸药合用，共奏温阳散寒、和血通脉之功。

5. **阴虚内热证**

[治法] 养阴清热，滋补肝肾。

[方药] 杞菊地黄丸、一贯煎、二至丸合方加减。

枸杞子 12 克，菊花 10 克，生地 15 克，山药 10 克，山茱萸 10 克，茯苓 10 克，泽泻 12 克，丹皮 10 克，沙参 10 克，麦冬 15 克，川楝子 6 克，女贞子 10 克，旱莲草 12 克。

[加减] 虚热较盛加元参、地骨皮、知母、黄柏；咽干、心烦，可合竹叶石膏汤；失眠多梦加酸枣仁、夜交藤；小便短赤加淮牛膝、车前草；患处溃烂色红而痛加人中白、银花、连翘、野菊花；久病阴损及阳者加菟丝子、附片、肉桂；兼气虚者加黄芪、党参、五味子。

[分析] 方中生地、枸杞子、山茱萸、女贞子、旱莲草养肝肾之阴；沙参、麦冬、山药润肺胃以滋化源；菊花清肝明目；丹皮凉血退热；川楝子疏肝理气；茯苓、泽泻渗利湿热。诸药合用，养阴清热，滋补肝肾，补而不滞，补中有泻。

（二）验方治疗

1. **解毒清热除湿汤**[3]

[组成] 生甘草、当归各 12 克，土茯苓 30 克，赤小豆、板蓝根、鹿角片各 25 克，连翘、苡仁、蜂房各 15 克，泽泻 9 克，守宫 4～8 条。

[用法] 水煎服，每日 1 剂。

[功用] 解毒、清热、除湿。

[疗效观察] 用本方加减治疗 34 例，痊愈 27 例，中断治疗或无效 7 例，总有效率为 79.5%。

2. **四妙勇安汤加味方**[4]

[组成] 银花、甘草、生地、鸡血藤各 15 克，元参、当归、连翘各 10 克。

[加减] 毒热盛重用银花、连翘；血瘀疼痛重者重用鸡血藤、当归；脾胃气弱者重用甘草或加桂枝、黄芪。

[用法] 水煎服，每日 1 剂。适用于阴虚热毒证。

[功用] 滋阴清热解毒。

[疗效观察] 用本方治疗25例白塞氏病患者，痊愈（临床症状消失，半年内未复发）3例，显效（症状消失，但以后有轻度发作或治愈病人在半年内复发）11例，有效（临床症状减轻）10例，无效（治疗半月症状不减轻）1例。总有效率为96%。

3. **六味地黄汤加减方**[5]

[组成] 熟地30克，山茱萸、山药、泽泻、茯苓、丹皮、麦冬、杭芍、菟丝子、女贞子、当归、菊花、枸杞子各10克。

[用法] 水煎服，每日1剂。适用于肝肾阴虚证。

[功用] 滋补肝肾，养阴清热。

[疗效观察] 用本方治疗28例白塞氏病患者，痊愈7例，显效9例，有效10例。总有效率为92.8%。

4. **白塞氏病方**[6]

[组成] 炙附子、半夏、党参、白术、茯苓、三棱、莪术、归尾、赤芍、红花各10克，肉桂、干姜、甘草各6克。

[加减] 气虚者可加黄芪30克。

[用法] 水煎服，每日1剂。适用子脾肾阳虚、寒凝血瘀证，气虚者重加黄芪。

[功用] 温补脾肾，活血化瘀。

[疗效观察] 用本方治疗35例白塞氏病患者，痊愈5例，显效19例，有效10例。总有效率为97.1%。

5. **滋阴清热方**[7]

[组成] 龟板、知母、白花蛇舌草、石斛、沙参、石膏、板蓝根、黄连、甘草、龙胆泻肝丸（冲服）。

[用法] 水煎服，日1剂。适用于肝肾阴虚证型。

[功用] 育阴镇潜，清利湿热。

[疗效观察] 用本方治疗15例白塞氏病患者，痊愈4例，显效5例，有效3例。总有效率为80%。

6. **清热除湿方**[7]

[组成] 蒲公英、银花、鸭跖草、徐长卿、泽泻、茵陈、厚朴、白芍、当归、小金片（冲服）。

[用法] 水煎服，每日1剂。适用于肝脾湿热证型。

[疗效观察] 用本方治疗15例白塞氏病患者，痊愈5例，显效4例，有效4例。总有效率为86.7%。

7. **滋阴渗湿解毒方**[7]

[组成] 生地、麦冬、山药、白术、女贞子、山豆根、竹叶、黄柏、土茯苓、当归龙荟丸（冲服）。

[用法] 水煎服，每日1剂。适用于脾肾两虚，湿毒内蕴证。

[功用] 清补脾肾，利湿解毒。

[疗效观察] 用本方治疗19例白塞氏病患者，痊愈5例，显效6例，有效6例。总有效率为89.4%。

8. **龙胆泻肝汤加减方**[8]

[组成] 酒炒龙胆草、炒黄芩、酒炒栀子、泽泻、木通、车前子、当归、柴胡、酒炒生地、甘草。

[加减] 气虚加黄芪、党参；肝肾阴虚加旱莲草、女贞子；痒剧加苦参、白鲜皮；大便秘结加大黄；湿重加苍术。

[用法] 水煎服，每日 1 剂。适用于各种证型之白塞氏病患者。

[功用] 清泻肝热，除湿解毒。

[疗效观察] 用本方治疗 21 例白塞氏病患者（均以口、目、舌、咽及前后阴溃烂为特征），痊愈（溃疡愈合，症状消失）18 例，好转（溃疡收缩或消失，症状减轻或消失，但停药后又复发）2 例，无效（溃疡及症状均不见减轻或加重）1 例。

9. **导赤散加味方**[9]

[组成] 生地 12 克，淡竹叶、木通各 9 克，甘草 6 克。

[加减] 疼痛者加川芎 9 克；有感染或渗出物较多者加花粉 12 克、薏苡仁 18 克；发热加生石膏 18 克、知母 9 克；体弱加黄芪 12 克，白术、防风各 9 克；溃疡面大者加赤小豆 18 克。

[用法] 水煎服，日 1 剂，早晚分服。口腔溃疡用碘化钾 0.25g 加入 3%双氧水 4ml 内，漱口，日 1 次。过敏体质者慎用。

[功用] 凉血清热，利湿解毒。

[疗效观察] 用本法治疗白塞氏病 8 例，7 天左右基本痊愈。

10. **野草汤**[10]

[组成] 野荞麦 30 克，草河车 30 克，天名精 15 克，山栀子 9 克，当归 9 克，丹参 9 克，白芍 9 克，炒党参 9 克，茯苓皮 15 克，炙甘草 3 克，三妙丸 12 克。

[加减] 目赤多泪者加蔓荆子、白蒺藜、密蒙花；前房积脓者加穿心莲、黄芩、紫花地丁、茵陈；口腔糜烂较甚者加天花粉、灯笼草、鲜芦根；外阴溃疡脓性分泌物多者加金银花、白花蛇舌草、露蜂房；小腿结节红肿者加鹿衔草、汉防己、乳香、没药。

[用法] 水煎服，日 1 剂。

[功用] 清热活血，益气升阳。主治白塞氏病。

[疗效观察] 用本方治疗 11 例病程缠绵反复、持续甚久的白塞氏病患者，痊愈 2 例，显效 4 例，好转 5 例。

11. **清营饮**[10]

[组成] 水牛角 30 克，板蓝根 30 克，黄连 3 克，知母 9 克，生石膏 30 克，白茅根 30 克，丹参 9 克，沙参 9 克，元参 15 克，生甘草 6 克，龙胆泻肝丸（包）12 克。

[加减] 视力不清加枸杞子 6 克、草决明 6 克；小腿结节红斑严重加牛膝 6 克、桃仁 6 克；外阴溃疡久不愈合加黄芪 30 克、白术 12 克；口糜反复发作加龟板 9 克、鳖甲 12 克；大便秘结加大黄 6 克、枳实 9 克；发热头痛加荆芥 9 克、防风 9 克；腰膝酸软加狗脊 15 克、菟丝子 12 克；畏寒尿多加党参 12 克、补骨脂 15 克、肉苁蓉 15 克；月经不调加益母草 20 克、女贞子 9 克；关节酸痛加秦艽 12 克、羌活 9 克、独活 9 克、威灵仙 15 克；舌苔厚腻加厚朴 12 克、苍术 9 克、陈皮 9 克、鸡内金 3 克；心悸不寐加枣仁 3 克、远志 6 克、桔梗 6 克。

[用法] 水煎服，日 1 剂。

[功用] 清热凉血，滋养肝肾。主治白塞氏病。

[疗效观察] 用本方治疗白塞氏病 14 例，痊愈 3 例，显效 5 例，好转 3 例，无效 3 例。总

有效率为78.6%。

12. **甘草泻心汤**[10]

[组成] 生甘草30克，生地30克，党参18克，黄芩9克，半夏12克，生姜6片，黄连6克，干姜3克、大枣7枚。

[加减] 溃疡严重者，可用生甘草12克、苦参12克，煎汤外洗溃疡处；目赤者，加赤小豆20克、丹参12克；下肢浮肿者，加冬瓜皮20克、茯苓皮12克。

[用法] 水煎服，日1剂。

[功用] 泻火解毒，益气化湿。主治白塞氏病。

[疗效观察] 临床应用多例，总有效率在80%以上。

13. **水牛角方**[10]

[组成] 水牛角粉3克或广犀角粉3克。

[加减] 如血管炎损害严重，出现瘀血性病变、症瘕积聚等，可加用桂枝5克、茯苓皮20克、丹皮20克、赤芍10克、桃仁10克、半枝莲30克、白花蛇舌草30克、铁树叶30克、防己20克、香谷芽10克。

[用法] 水牛角粉或广犀角粉吞服，日2次。加减药物水煎服。

[功用] 清热解毒，凉血止血。主治白塞氏病。

[疗效观察] 临床应用多例，有效率达90%以上。

14. **知柏三参汤**[11]

[组成] 太子参15克，首乌20克，生黄芪30克，北沙参15克，元参15克，知母15克，黄柏10克，金银花20克，丹皮9克，栀子9克，土茯苓20克。

[加减] 若口舌溃疡、心中烦热、夜寐不安、口渴思饮，属心经郁热于小肠者，可加生地、竹叶、木通、甘草梢；若发热、便秘、多食易饥，属胃火炽盛，加生地黄、生石膏、大黄；若低热、手足心热、盗汗、头晕、耳鸣、皮肤斑块，属肝肾阴虚者，加熟地、山萸肉；若口内溃疡或生殖器溃疡，经久不愈或饮食不馨、精神不振，属脾胃阴虚者，加熟地、山药、山萸肉、菟丝子、枸杞子。

[用法] 水煎服，日1剂。同时并用外用药：①清口散（口腔）：煅石膏、煅人中白各9克，青黛3克，薄荷0.9克，黄柏2.1克，川黄连1.5克，煅月石18克，冰片3克。共研末，喷口腔患处。②青黛散（阴部）：青黛60克，石膏、滑石各120克，黄柏60克。共研末，撒患处。一个月～1个半月为1疗程。

[功用] 清热凉血，除湿解毒，益气健脾，滋补肺肾。

[疗效观察] 用本方治疗白塞氏病10例，经1疗程治疗后，显效（症状和体征基本消失）3例，有效（症状和体征好转）5例，无效（症状和体征改善不稳定或无改善）2例。总有效率为80%。

15. **熊胆蒙花散**[12]

[组成] 熊胆、黄连、蒙花、蒺藜、木贼、黄柏、竹叶。

[用法] 上药制成粉剂，每次5克，日3次，饭前服用。用时并用外用药：①口腔喷敷药：儿茶5克，僵蚕50克，冰片2克，枳壳50克，黄柏50克，制成粉剂，用药喷于口腔患处。②外阴洗药：金银花20克，苦参15克，蒲公英10克，水煎至1000ml，每晚睡前淋洗，浸洗阴部患处。连用1～3个月。

[功用] 清热解毒，祛风除湿，清肝明目。

[疗效观察] 用上方治疗白塞氏综合征35例。痊愈（恢复视力，口腔、阴部溃疡愈合，随访3个月未复发）30例，好转（保存一定视力，溃疡愈合，随访3个月未复发）3例，无效（溃疡愈合，但视力未改善）2例。总有效率为94.3%。

16. **蛇白汤（编者拟名）**[13]

[组成] 白藓皮、蛇床子、百部、苦参、射干各10克。

[用法] 以75%的医用乙醇500ml浸泡1周后备用。眼部症状采用局部点眼法，每日9点、10点、15点、18点、21点分别用0.1ml药液与蒸馏水按1∶100稀释后滴眼；口部症状每日4次（时间同眼部），每次用1ml药液与蒸馏水按1∶10稀释后置于口腔内10～15分钟，然后吐出；生殖器损伤，每日2次，每次用1.5ml药液同蒸馏水或白开水按1∶100比例稀释后清洗溃疡、瘙痒处。消化系统及中枢血管症状，每日4次用药液4ml与蒸馏水按1∶4稀释后服下。每10天为1疗程。连续服、用药2个疗程，直到病除。

[功用] 祛风清热，燥湿杀虫。

[疗效观察] 用本方治疗白塞氏综合征20例，结果治愈（眼、口、生殖器及消化系统、中枢血管症状均消失）15例，显效（眼、口、生殖器症状消失，但消化系、中枢系症状只有所减轻）0例，有效（各症状均有不同程度减轻，但均未完全好转）3例，无效（症状稳定或加重）2例。疗程最短2个周期，最长3.5个周期，平均2.8个周期。

17. **龙蛇四妙汤**[14]

[组成] 黄芪30～60克，当归、金银花各30克，地龙15克，乌梢蛇20克，黄柏10克，苦参、甘草各15克。

[加减] 肾阳虚、湿邪重加仙灵脾、蛇床子，以温肾燥湿助脾气以统气机。

[用法] 水煎服，日1剂。10日为1疗程。

[功用] 建树中气，调畅气血，兼以清热利湿。

[疗效观察] 用本方治疗白塞氏综合征10例（男3例，女7例；年龄24～34岁7例，35～45岁3例，平均30.5岁），结果治愈（症状、体征消失，随访1年无复发）7例，显效（症状、体征基本消失，1年内有复发，服上药又愈）2例，无效（治疗3个疗程症状改善不明显）1例。总有效率为90%。

18. **清热解毒汤**[15]

[组成] 金银花30克，连翘30克，板蓝根30克，丹皮10克，地榆10克，黄芩10克，黄连10克，黄柏10克，苍术30克，薏苡仁30克，土茯苓15克，甘草6克，苦参10克。

[用法] 水煎服，日1剂。1～2煎内服，第3煎外洗外生殖器。

[功用] 清热解毒，祛湿杀虫。

[疗效观察] 用本方治疗白塞氏病2例（病程6个月～1年），均于服药两周后痊愈，随访年余未复发。

（三）单味药治疗

1. **雷公藤**[16]

[药理] 主要药理成分为雷公藤总碱。药理作用为抗炎、镇痛；抑制细胞免疫、体液免疫；扩张血管、改善微循环；临床上显示有糖皮质激素样作用，而无激素类的不良反应。

[用法] 煎剂：雷公藤 10 克（去皮切片），加水 400 毫升，文火煎 2 小时，浓缩至 50 毫升，二煎共 100 毫升、分 3 次口服，每日 1 剂，疗程 3 个月。片剂：用雷公藤提取制成片剂，以每日 1mg/kg 计算，口服，疗程及服法同煎剂。

[疗效] 郑氏用雷公藤制剂治疗白塞氏病 47 例（煎剂治疗组 26 例，片剂治疗组 21 例，两种剂型不混合使用，1 疗程后观察 3 个月），显效 37 例，有效 10 例。总有效率为 100%。两种制剂疗效基本相同，但煎剂副作用大。谢氏报道，用雷公藤片剂治疗本病 13 例，剂量、服法同上，疗程 2 个月，缓解 5 例，显效 5 例，好转 2 例，无效 1 例。钱氏以雷公藤煎剂每日 40 毫升（相当于生药 20 克），最大量为 60 毫升（相当于生药 30 克），分 2 次口服，治疗白塞氏病 38 例，结果：显效率为 57.8%，总有效率为 94.8%。

[注意] 雷公藤有相当毒性，并对生殖系统有一定副作用，生药宜去皮切片，每日生药剂量不宜超过 50 克。

2. **昆明山海棠**[17]

[药理] 抗炎、镇痛；抑制单核—巨噬细胞、体液免疫功能。

[用法] 制成片剂，每片含浸膏 0.25g、总生物碱 1mg 左右，每日 6～9 片，分 3 次服。

[疗效] 冒氏用片剂治疗白塞氏病 5 例，一般 1 周后见效，观察治疗 1～4 年可明显缓解症状及延长缓解期，个别基本不发；发现每日 15～20 片，疗效优于最初小剂量。

（四）其他疗法

1. **针灸疗法**

[取穴] 合谷、肺俞、脾俞、肝俞、肾俞、内关、少冲、风池、足三里。

[手法] 隔日针刺 1 次，施以补法，每次可留针 15～30 分钟，10 次为 1 疗程。阳虚寒凝证可并用灸法。

2. **食疗**

(1) 金银花 30 克，加水两碗，煎成 1 碗，滤取药汁，加蜂蜜 30 克调匀，早晚两次分服。

(2) 鱼腥草 60 克，猪肺 200 克。将猪肺切成块状，用手挤洗去泡沫，加清水适量煲汤，用食盐少许调味，饮汤食猪肺。

(3) 生石膏 50 克，豆腐 200 克。加清水适量煲汤，煲 2 小时以上，然后用食盐少许调味，吃豆腐饮汤。

(4) 杏仁 50 克，滑石 50 克（另包），白通草 30 克，竹叶 30 克，厚朴 30 克，生苡仁 50 克，半夏 30 克，白蔻仁 20 克。上药共捣碎细，用江米酒 2500 克浸于净瓶中，经 7 夜开取，去渣备用。每日 3 次，每次饮 20ml。

(5) 芹菜 100 克，粳米 200 克，赤小豆 25 克，黄柏 15 克。将芹菜连根洗净与淘洗净的粳米、赤小豆、黄柏同煮成粥，先以武火烧开，移至文火煎熬至米烂成粥，可当饭食之。

(6) 云香草 25 克，绿豆 100 克，红糖适量。上 2 味加水 5 碗煎成 2 碗，再加红糖炖片刻即成。1 日内分 2 次服完。

(7) 决明子 15 克，白菊花 15 克，粳米 100 克，白糖 15 克。将决明于炒出香味，凉后与白菊花同煎汁，去渣，澄清沉淀，将淘洗净的粳米与药汁同入锅，加适量清水煮成粥，食时加入白糖。每日 1 次，1 周为 1 疗程。

(8) 乌梅肉、生甘草、沙参、麦冬、桔梗、玄参各等分，将上药捣碎混匀，每用 15 克，

放入保温杯中，以沸水冲泡，盖严温浸 1 小时，代茶频饮。

（9）杭菊 15 克，枸杞子 75 克，羊肝 60 克，熟地 20 克，夜明砂 12 克，麦冬 15 克。先煎 5 味中药取汁，用汁煮羊肝至熟，可任意服食饮汤。

（10）金果榄、藏青果、桔梗、玄参各等分，用沸水冲泡频饮之。适用于口腔溃疡者。

（11）牛蒡根 9 克，白米 60 克，白糖适量。将牛蒡根洗净，加水煮汁，煎药 30 分钟，去渣取汁，以淘洗净白米同煮粥，粥将熟时，加入白糖，搅匀，粥熟即成。每日早晚温热服食。

3. **外治法**

（1）眼部损害者，用木贼 20 克、薄荷 20 克，煎汤熏洗，每日 2 次。

（2）陈艾叶 30 克，黄药子 20 克，白矾 3 克。煎水洗外阴，每日 2 次。

（3）苦参 30 克，蛇床子 15 克，紫草 10 克，白鲜皮 15 克。煎水熏洗外阴。

（4）肌肤糜烂溃疡者，用板蓝根 30～100 克，煎水冲洗患处。

（5）竹茹，研极细末，经消毒处理后，撒于口腔破溃处，每日 2～3 次。

（6）眼痛流泪用黄菊花、薄荷、清茶适量，煎水熏洗。

（7）锡类散或珠黄散（均为成药）适量，撒于溃疡处，每日 3 次。亦可选青黛散、冰硼散、西瓜霜等成药外撒。

（8）吴茱萸适量，研粉，加醋调成糊状，置于纱布上，贴两足涌泉穴，每晚 1 次。

（9）炉甘石 6 克，黄丹、煅硼砂各 1.5 克，三黄粉 3 克，冰片 0.9 克。共为极细末，撒于外阴溃疡处。

（10）蛇床子 15 克，明矾 50 克，苦参 30 克。煎水熏洗外阴溃烂处。

（11）局部溃疡日久不愈者，可用珍珠粉 0.3～0.6 克，加入凡士林 10 克，直接搽在局部，促进疮面愈合。亦可用青蛤散（煅蛤粉、煅石膏、青黛、轻粉、生黄柏）以生油调成糊状涂搽患处。

（12）银花、菊花泡水漱口。用于口腔溃疡。

（13）黄连膏或青黛膏：用 1∶5000 高锰酸钾水外洗后将膏涂于外阴溃疡处。

三、中西医结合治疗

方法一[18]

[治疗方法]

（1）针拔挑刺：取大椎穴，先以 2%普鲁卡因注射液在大椎穴皮下局麻，然后用三棱针在大椎穴进行挑拔，将大椎穴皮下肌纤维挑断 8～10 丝，再用火罐将大椎穴皮下瘀血拔出，最后用消毒纱布敷盖，2 小时后将敷盖之纱布去掉即可。

（2）中药治疗：拟温肾扶阳、清泄毒邪佐以活血化瘀之剂。基本方：党参 12 克，黄芪 15 克，仙茅 10 克，附片 9 克，肉桂 3 克，淮山药 30 克，黄芩 9 克，炒大黄 3 克，苦参 15 克，连翘 30 克、益母草 30 克，赤芍 10 克，白花蛇舌草 20 克，锦灯笼 10 克。加减：心阳虚加桂枝、红参；纳呆者，加山楂、谷麦芽、砂仁；胸闷者，加薤白、陈皮、木香；多汗者，加五味子、龙骨、牡蛎；热重者，加生石膏、寒水石、柴胡、金银花、板蓝根、竹叶；呕吐者，加半夏、竹茹；气阴虚者，加生晒参、元参、生地、熟地；气滞血瘀者，加桃仁、红花、川芎；湿重者，加苍术、白术、茯苓、藿香、佩兰、豆豉。另服免疫 1 号（水蛭面 2 克，僵蚕面 1 克，

蝉衣面 0.5 克）3.5 克，每日 2 次。

（3）西药辅助治疗：一般应用维生素 B_6、维生素 E、氯喹等。眼、血管、神经系统损害和全身症状显著者可服用强的松短程治疗，剂量为 30mg，每日 1 次。症状缓解后改服 20mg，每日 1 次；1 周后改服 10mg，每日 1 次。一般 3～4 周后停服。个别患者可加用免疫增强剂如左旋咪唑等。

[治疗结果]

用本法治疗白塞氏病 16 例，1 疗程后，临床症状消失或明显改善者 15 例，症状改善不明显者 1 例。月经期仍有反复者 2 例。总有效为 93.75%。

方法二[19]

[治疗方法]

（1）中药治疗：脾肾阴虚，阴阳不调健脾益肾，调和阴阳。药用黄芪、白术、茯苓、菟丝子、女贞子、沙参、麦冬、石斛、元参、生地、熟地、鸡血藤、首乌藤、天仙藤、钩藤、金莲花。脾肾阳虚，气血失和：健脾益肾，引火归元，中和气血。药用肉桂、仙灵脾、白术、茯苓、菟丝子、枸杞子、女贞子、车前子、赤石脂、丹参、黄柏、黄精、丹皮、当归、补骨脂。脾虚湿盛：健脾、除湿、解毒。药用生白术、生枳壳、生苡仁、萆薢、滑石、连翘、黄柏、锦灯笼、马鞭子、栀子、苦参、车前子、龙胆草、茯苓、赤小豆。热毒内攻：清热、解毒、凉血。药用银花、连翘、蒲公英、赤芍、丹皮、白茅根、大青叶、板蓝根、全瓜蒌、金莲花、锦灯笼、马鞭子、黄连、生地、元参。外治：阴部溃疡外用紫色溃疡膏（黄连 10 克，青黛 10 克，乳香 50 克，琥珀 10 克，蜂蜡 10 克，香油 250 克，珍珠粉 3 克）。口腔溃疡外用锡类散、冰硼散。

（2）西药治疗：皮质类固醇激素、抗生素、维生素及一般支持疗法等。

[治疗结果]

用本法治疗白塞氏病 77 例，结果：有外阴溃疡者 61 例，消退 58 例，进步 3 例，消退率 95%；有口腔损害者 68 例，消退 62 例，进步 5 例，无效 1 例，消退率 91.2%；有眼部损害者 10 例，消退 8 例，进步 2 例，消退率 80%；皮肤损害者 47 例，消退 42 例，进步 5 例，消退率 89.4%。与单纯中药组 45 例（均以上述辨证分型治疗）和单纯西药组 20 例（均以西药抗生素、激素、维生素及一般支持疗法治疗）治疗结果对比，除口腔溃疡外中药组和西药组疗效相近，而中西医结合组优于其他二组。而口腔溃疡则为中药组和中西医结合组相近，均优于西药组。追踪观察，复发率也是前二组明显低于西药组。

方法三[20]

[治疗方法]

（1）中药内服：①肝胆火旺、湿热下注型：龙胆泻肝汤加减。药用龙胆草 15 克，柴胡、黄芩、炒栀子各 10 克，当归 15 克，车前子 12 克，生地 15 克，泽泻 10 克，玄参 15 克，甘草 6 克。溃疡感染者，加蒲公英、地丁各 15 克，银花 30 克；结膜炎者，加菊花 15 克，白蒺藜、白芍各 10 克。②脾肾阴虚、湿热蕴毒型：育阴清化汤加减。药用生地 15 克，沙参 30 克，玄参 15 克，丹皮 10 克，花粉、枸杞各 15 克，石斛、苦参、泽泻各 10 克，菟丝子、山萸肉各 12 克，黄芪 15 克。溃疡延及咽峡部者，加锦灯笼 10 克；纳差便溏者，加苍术 10 克、苡仁 15 克、陈皮 6 克，减去苦参、玄参、生地，花粉改为 10 克。上药每剂煎出液 300 毫升，分 2 次温服。每日 1 剂，每周 5 剂药。脾肾阴虚型愈后用六味地黄丸巩固疗效。

（2）西药内服：氟美松每次 0.75mg，每日 2 次，口服。症状好转改为每日 1 次，5 日停药。

（3）外用药：用锡类散敷溃疡处。口腔溃疡痛甚者，先用 2%普鲁卡因 6ml，加入多贝尔液 500ml 中含漱。外阴溃疡用外洗方（黄柏、蛇床子、苦参、土大黄各 15 克，冰片 0.3 克后溶），每日 1～2 次，然后涂黄连素软膏或喷敷锡类散。

[治疗结果]

用上法治疗白塞氏病 10 例，治愈 8 例，随访 1～4 年无复发；明显好转 2 例，外阴溃疡由 5×3cm 缩小至 1cm。全部病例均在 1 周内病情开始好转，最长服药 4 周。

第五节 预 防

（一）调摄精神

中医认为，精神愉快，则肝气条达，气血调畅，机体的抗病能力和愈病能力增强。现代医学证实，精神愉快，可提高机体免疫机能。临床上精神刺激，心情抑郁、急躁易怒等，可促使本病发生或反复，患病之后病多表现为孤僻忧郁。因此，调摄精神对本病尤为重要。病人平素应保持心情愉快，遇事不怒，医患之间要密切配合，病情反复时，应做好病人思想工作，耐心开导，使其对病情有充分了解，坚持治疗，解除顾虑，保持精神愉快。

（二）调节饮食

本病多为湿热内蕴所致，故宜多食清淡易于消化的食物，对辛辣、油煎、肥甘厚味、烟、酒等蕴热生湿之品应严加节制。口腔反复溃疡者，不宜食鸡血及诸种蛋黄。日本汉方医学界曾有人强调，本病的发作与食用动物脂肪、生菜等有关，应适当注意。

（三）防治外感，保持口、咽、外阴清洁

本病常继发于外感之后，故平时应起居有常，劳逸适度，避其邪气，以防外感。即患外感，应及时治疗，防止反复迁延。注意保持口、咽、外阴清洁，可常用玄参、甘草、桔梗等药物煎汁含于口内；刷牙时不宜太猛，以防损伤粘膜；外阴宜经常清洗，并保持干燥。溃疡部位较多者，应及时给予治疗。

参考文献

[1] 卢君健，主编．结缔组织病中西医诊治学．第 1 版．北京：人民卫生出版社，1992，643～645
[2] 卢君健，主编．实用结缔组织病学．第 1 版．北京：人民卫生出版社，1987：506
[3] 齐强．吉林中医药 1981；(3)：21
[4] 吴之伍，等．中医杂志 1982，(5)：34
[5] 徐宜厚，等．结缔组织病中医治疗指南．北京：中国医药科技出版社，1992：153
[6] 刘世明，等．天津中医 1987；(4)：9
[7] 侯镇文．临床皮肤科杂志 1982；(1)：7

[8] 谭定全．浙江中医杂志　1988；(5)：220
[9] 凤存安，等．山东中医杂志　1983；(5)：43
[10] 胡熙明，主编．中国中医秘方大全．(中册) 第一版．上海：文汇出版社，1989；199～203
[11] 张俊庭，等主编．当代中医师灵验奇方真传．第一版．北京：中国医药科技出版社，1994；1236～1237
[12] 宫继红，等．北京中医　1995 (5)：41
[13] 方明智，等．辽宁中医杂志　1995；22 (11)：504
[14] 于云，等．辽宁中医杂志　1995；22 (11)：506
[15] 陈学超．天津中医　1995；12 (5)：39
[16] 郑际烈，等．中西医结合杂志　1983；(6)：646
[17] 曹长峙．临床皮肤科杂志　982；(3)：129
[18] 陈建兰．北京中医　1987；(3)：27
[19] 北京中医医院．北京中医　1990；(1)：50
[20] 童艾云，等．辽宁中医杂志　1990；9 (14)：22

第九章　干燥综合征

第一节　概　述

干燥综合征（Sicca syndrome，SS）亦称斯约格伦氏综合征、口眼干燥关节炎综合征、关节—眼—唾液腺综合征，是一种原因不明的泪腺、唾液腺受累为主的全身外分泌腺的慢性炎症性自身免疫性疾病。临床以干燥性角膜结膜炎、口腔干燥症及类风湿性关节炎或其他风湿性疾病为特征。本病发病率高，仅次于类风湿性关节炎。任何年龄均可发病，大多发病在40岁以后，以女性多见，男女之比为1∶9。分原发性和继发性两种，前者指有干燥性角膜炎和口腔干燥而不伴有其他风湿性疾病，后者指伴有其他风湿性疾病者，即重叠全身结缔组织病的SS，如类风湿性关节炎、系统性红斑狼疮、进行性系统性硬化症、皮肌炎等。目前西医药治疗本病尚无特效药物和疗法，对症处理也不理想。

根据本病的临床特点，属于中医“燥证”的范畴，亦有称之为“燥毒症”、“燥痹”者。中医认为本病多因风寒湿邪侵袭，郁结化热伤津，或阴虚体质，或热盛津伤，或汗、吐、下后津液伤亡等，使阴津、气血不足，血瘀络脉痹阻所致。治疗上多以滋养肝肾、益气养阴润燥、养血活血、化瘀通络等法治之。近年来中西医结合治疗本病抓住养阴润燥、调补气血等法则，配合西药治疗，获得了满意的疗效。临床及实验研究证实养阴生津的机理可能是调节患者的免疫紊乱，减少淋巴增生，调节内分泌，减少和改善了慢性炎症反应，因而使各种症状与体征得以改善或消失。鉴于上述特点，在今后的实践中应继续加强中西医结合治疗本病的研究，力求辨证准确，立法恰当，选方遣药合理，不断改进和提高本病的诊断和治疗水平。

第二节　病因病理

一、西医病因病理

（一）病因

本病的病因和发病机理较复杂，迄今尚未十分明确。

1. 免疫机制

近年来通过免疫学检查和动物实验模型揭示，本病为自身免疫性疾病。现已证明在本病患者的腮腺、泪腺等外分泌腺内有淋巴细胞增生和浸润，早期病变的主要细胞为携带球蛋白的B淋巴细胞和浆细胞，当病变扩展时，T细胞成为主要细胞。病变早期是抗原识别与/或移行至病变区的B细胞与浆细胞引起的组织损伤。其机制可能是抗体依赖细胞介导的淋巴细胞

毒反应或产生了细胞毒抗体，通过淋巴细胞趋化因子或炎性因子等使T细胞在病变区积聚。动物实验揭示，一定周龄的NZB/NZW小鼠唾液腺导管有大量淋巴细胞浸润，并出现一系列自身免疫现象。认为这种小鼠存在一种原发性的B细胞过度反应，为多克隆性质，直接针对多种自身与非自身抗原决定簇，产生多种自身抗体和免疫复合物，包括对抑制性T细胞抗体的产生，使其功能缺陷，并延续B细胞的过度反应而发病。

2. **遗传因素**

研究表明免疫反应基因可能参与本病发病。最近通过人白细胞抗原（HLA）系统的研究，发现原发性口眼干燥症与HLA-B_8、HLA-DRW_3等有关，而伴类风湿性关节炎患者与HLA-DRW_4有关。本病有家族发病的倾向。动物模型也支持遗传因素参与发病的观点。

3. **感染因素**

患者血清有抗巨细胞病毒的IgM型抗体滴度增高，有些证据支持EB病毒在本病合并类风湿性关节炎的发病中起作用。

（二）病理

本病病变部位主要为唾液腺和泪腺。其次为呼吸道、口腔、食道上端的粘液腺，腺体以外组织亦常有累及。病理改变为腺体周围与小管周围淋巴细胞与浆细胞为主的慢性炎性细胞浸润，常伴有腺泡萎缩，小叶减少。严重时腺体为脂肪所代替，并有纤维组织增生、小管正常结构为“上皮肌上皮小岛”代替，管腔狭窄，甚至闭塞。

二、中医病因病机

中医燥证有内燥、外燥之分，本病属内燥范畴。燥证在祖国医学里论述很多。《素问·阴阳应象大论》首次提出“燥胜则干”的论点，但在“病机十九条”中独缺不备。《素问玄机原病式·燥类》予以补充曰：“诸涩枯涸、干劲皴揭，皆属于燥”。《医门法律》对燥证的病因病机和表现作了进一步阐发，其曰：“燥胜则干、夫干之为害，非遽赤地千里也，有干于外而皮肤皱揭者，有干于内而精血枯涸者，有干于津液而营卫气衰肉烁而皮著于骨者，随其大经小络所属上下中外前后，各为病所。”由此可见，由于津液无处不流，则燥证无所不生，其原因或由津液的亏耗，或由津液失于敷布，或由精血内夺所致。

本病虽属内燥，但据其临床特点又不同于一般内燥，而是由于某种因素在影响机体津液生成、转化和敷布的基础上所表现出来的气血阴阳失调。兹将其病因病机简述如下：

（1）阴虚体质，或热盛伤津，或汗、吐、下后伤亡津液，或失血过多，或久病精血内夺，致使阴津不足而燥热内生。

（2）素体脾胃虚弱，或饮食不节，劳倦内伤，损及脾胃，气血生化乏源，以致气不布津、血不濡润而生燥。

（3）风寒湿邪外袭，郁结化热，或素体阳盛，或内蕴积热，或过服辛热走窜之品，或久服某种金石药毒，以致津伤燥成。

（4）燥盛不已，蕴酿成毒，一则燥毒隐袭煎灼津液，二则又易招罹外来温热之邪，二者互为因果，其燥益甚。

（5）阴津、气血不足，则血液涩滞，运行不利，而致瘀血内阻。瘀血既成，一则脉络不

通、关节失荣而致痹，二则津液敷布受阻，更助其燥。

总之，本病多由阴津、气血不足而致燥，燥盛成毒，或因毒而燥，或因燥久延续、发展、演变而成。其主要病理机制为虚、瘀、痹。虚者责之于气、阴。气旺则运载津行，血运流畅；气虚则津失敷布，血行不利，至现“供津不全”之内燥之征。阴虚则津液枯涸，脏腑不荣，燥由此生。因虚致瘀，由瘀致痹，瘀、痹更益其燥。

第三节 诊 断

一、辨病·西医诊断

本病起病多数呈隐袭和慢性进展，少数呈急性发病和进展迅速。

（一）症状与体征

1. 眼

呈干燥性角、结膜炎，眼觉干燥、痒痛，持续异物感、砂砾感、烧灼感，眼睑有沉重感，视力模糊，似有幕状物，畏光。角膜可混浊，有糜烂或溃疡，小血管增生，严重时可穿孔。可合并虹膜脉络膜炎。结膜发炎，球结膜血管扩张。部分患者泪腺肿大，泪液少，易发生细菌、真菌和病毒感染。

2. 口腔

有不同程度的口干。轻度干燥常被病人忽视，较重时影响咀嚼，唾液严重减少，不能将食物揉成食物团块，并有吞咽困难，需饮汤水将食物咽下。味觉减退，可反复发生舌与口腔溃疡或口角皲裂。由于唾液少，易生龋齿，牙齿呈粉末状或小块状破碎掉落。半数左右患者腮腺肿大，多为双侧对称，可呈反复发作或呈慢性进行性肿大。颌下腺亦可肿大。

3. 呼吸道

鼻腔干燥结痂，味觉不灵，咽部干燥，声音嘶哑。下呼吸道受累表现为支气管炎、间质性肺炎、肺不张、胸膜炎。有的患者可无明显肺部病变，但有限制性肺通气功能障碍和气体弥散功能下降。

4. 消化道

咽部和食道干燥可使吞咽困难，偶见环状软骨后食道狭窄及食道运动功能紊乱。个别病人可发生食管炎、慢性萎缩性胃炎、恶性贫血或慢性胰腺炎。约 1/5 的病人出现肝脾肿大。

5. 泌尿道

可有肾小管功能缺陷。约 1/4 的病人伴有肾小管性酸中毒。其他肾小管功能异常包括肾性尿崩症、多种氨基酸尿、肾小管再吸收尿酸功能障碍、高尿磷症等。少数病人可发生肾小球肾炎和肾动脉炎，系 IgM 和补体在肾小球基底膜沉积所致。

6. 皮肤

皮肤干燥，有紫癜、结节性红斑、多形性红斑、雷诺氏现象和皮肤溃疡，外阴和阴道粘膜亦可出现干燥和萎缩。

7. 关节

约半数合并类风湿性关节炎，可呈轻型复发性多关节炎，主要侵犯肘、膝关节，为自限性，不引起关节畸形。

8. **神经肌肉**

个别病人可发生孤立性颅神经瘫痪，有时也可发生多发性颅神经及周围神经病变。也有的病人可发生皮肌炎与重症肌无力等。

（二）实验室及其他检查

1. **血常规**

25～50%病人有轻度正细胞性正色素性贫血。个别病人可有轻度白细胞减少，嗜酸性粒细胞增多，轻度血小板减少。多数病人血沉增快。

2. **生化检查**

半数病人白蛋白减少和多株峰型球蛋白增高，主要在γ球蛋白部分，亦可有α_2和β球蛋白增高。

3. **免疫学检查**

3种免疫球蛋白皆可增高，但以IgG增高较显著，IgA和IgM增高的病例较少，程度也较轻。约4/3病人类风湿因子阳性；2/3病人抗核抗体阳性；1/5病人抗脱氧核糖核酸抗体阳性；5%～10%病人抗线粒体抗体和抗平滑肌抗体阳性；1/3病人抗甲状腺球蛋白和抗胃壁细胞抗体阳性。约半数病人体内存在着抗唾液腺管抗体，约10%病人狼疮细胞阳性。近年来又发现有对淋巴样细胞渗出液的可溶性核酸抗原的沉淀抗体，对诊断本病有很大意义。此外，在相当一部分患者血清内可测得免疫复合物增多。细胞免疫方面，本病患者有细胞免疫缺陷，如淋巴细胞转化率低，皮肤超敏反应不敏感。网状内皮系统功能，在本病患者测定中显示FC受体功能缺陷。本病患者血清补体改变不一，多显示CH_{30}和C_3减少。

4. **滤纸试验**

取长3.5mm、宽5mm的滤纸条，在距一端5mm处折叠，将折叠处置于下眼睑结膜囊的外1/3与中1/3连接处，闭目5分钟，取下滤纸，从折缝处开始测量湿润长度，湿润少于15mm为泪液分泌减少。

5. **角膜荧光素或孟加拉红染色检查**

以1%孟加拉红或2%荧光素1滴，滴入睑结膜囊内，随即用生理盐水冲洗，裂隙灯检查角膜和结膜。角膜表面点状或线状着色为阳性。证实有泪液量分泌减少，同时有角膜炎，可诊断干燥性角膜炎。

6. **唾液腺、泪腺、腮腺测定**

①唾液分泌量测定：以蔗糖压成片，每片含800mg，放在舌背中央，记录完全溶解所需时间，正常小于30分钟；或以中空导管相连的小吸盘，以负压吸附于单侧腮腺导管开口处，收集唾液分泌量，正常大于0.5毫升/分钟。②泪腺造影：自腮腺导管注入40%碘化油2～3ml，观察腺体形态，有否破坏与萎缩，造影剂在腮腺体内停留时间，腮腺导管狭窄或扩张。③腮腺同位素^{131}碘和^{99m}锝扫描，观察放射活性分布情况，其排泄和浓集有否延迟或降低，以了解分泌功能。上述检查阳性符合干燥症。

7. **组织病理学检查**

①下唇小唾液腺活检：小唾液腺腺周慢性炎性细胞浸润可分为5级（0～4级），2级以上

为本病的组织学诊断标准。②鼻粘液腺活检：鼻粘膜组织学改变与唇小唾液腺相似。上腭粘膜活检亦可用作本病的组织学诊断。

（三）并发症

恶性淋巴瘤在本病患者中的患病率较对照人群中显著增加，可发生于疾病的早期或晚期。明显肿大的腮腺、淋巴结肿大和脾肿大是发生恶性淋巴瘤的危险因素，原来升高的免疫球蛋白趋向减低亦提示恶性转化的可能。也有人认为腮腺部位的放射治疗也易致并发恶性淋巴瘤。

（四）诊断要点

1. 诊断

依据波劳克（Bloch）和巴尼姆（Burnim）诊断标准：①干燥性角、结膜炎；②口腔干燥；③类风湿性关节炎或其他风湿性疾病。具备3项者可诊断为继发性干燥综合征，具备前2项者可诊断为原发性干燥综合征。

2. 鉴别诊断

本病需注意与引起腮腺肿胀的疾病鉴别，如流行性腮腺炎、化脓性腮腺炎、腮腺恶性肿瘤及腮腺慢性肉芽肿等。

二、辨证·中医诊断

（一）辨证要点

主要依据本病的证候特点，辨明其在气、在血之虚实本质和阴津、燥热之盛衰。属气虚津伤者多伴气短乏力，脘闷纳呆，舌淡少津，脉虚弱；属血瘀络阻者，多伴肌肤甲错，面色黧黑，口干不欲饮，关节疼痛，固定不移，舌紫暗，脉沉细涩；属肝肾阴虚者，多伴两目干涩，灼热疼痛，五心烦热，舌红少苔，脉细数；属燥毒内盛者，多伴目赤如鸠，唇焦燥揭，身热燥渴，舌红绛而干，脉细数。

（二）辨证分型

1. 气虚津亏证

[临床表现] 口干咽燥，两目干涩，皮肤干燥，气短乏力，脘闷纳呆，小便短少，大便干结，四肢无力；或有低热，易于感冒，舌质淡，苔薄白而干，脉细弱。

[辨证分析] 津液内滋脏腑，外润空窍皮毛。脏气虚弱，一则津液生化不足而津液亏少，二则无力推动输布津液，使肌肤空窍失于濡润，故口、眼、皮肤等干燥；脾胃气虚，健运失司，故脘闷纳呆；脾主四肢、肌肉，脾气虚弱，故四肢无力；脾胃虚弱，中气下陷，虚火内生，故可有低热；气虚卫外不固，故易于感冒；津液亏少则尿无化源，故小便短少；大肠不得津液的滋润，故大便干结；气短乏力，舌质淡，苔薄白而干，脉细弱，均为气虚津亏之象。

2. 肝肾阴虚证

[临床表现] 两目干涩，目赤灼痛，视物模糊，口咽干燥，五心烦热，形体消瘦，皮肤干燥发痒，牙齿色枯欠润，关节酸痛，便秘溲赤，舌红少苔，脉细数。

[辨证分析] 目为肝窍，肝阴不足，目失所养，故两目干涩，视物模糊；肝肾阴亏，虚火内扰，故目赤灼痛，口咽干燥，五心烦热，齿枯少润；阴血不足，关节、皮肤失其濡润，故关节酸痛，皮肤干痒；舌红少苔、脉细数为阴虚内热之象。

3. **燥胜成毒证**

[临床表现] 目赤似鸠，口干喜饮，唇焦燥揭，关节、肌肉酸痛，毛发焦枯易落，皮肤可见紫癜、红斑，身热，偶有壮热，舌红绛，苔少，脉细数。

[辨证分析] 燥热内盛则化毒，毒热波及气营，故身热乃至壮热；毒热上炎，故目赤如鸠；毒热灼津，口唇、皮毛失于濡润，故口干唇燥，皮毛焦枯易落；毒热迫于营血，故皮肤可见紫癜、红斑。

4. **血瘀络阻证**

[临床表现] 口咽干燥，常欲漱水而不欲咽，两目干涩，面色黧黑，口唇青紫，肌肤甲错，关节疼痛，固定不移，肢端紫暗，舌紫暗少津，脉沉细涩。

[辨证分析] 瘀阻脉络，血行障碍，气血不能温煦濡养，故面色黧黑，口唇青紫，肌肤甲错，肢端紫暗；燥热致瘀，或瘀久不消，阴血亏少，空窍失于濡润，故口干咽燥，两目干涩；瘀血内阻，气血不通，不通则痛，故关节疼痛，固定不移；舌紫暗少津、脉沉细涩为血瘀阻络、阴津不足之象。

第四节　治　疗

一、西医西药治疗

（一）全身治疗

1. **皮质激素**

病情稳定者，应避免用皮质激素治疗。合并其他风湿性疾病者为激素应用的指征。应用皮质激素，可使肿大的腮腺、泪腺缩小，但对促进腮腺分泌无效。常用强的松，每日 30～40mg，分次口服，症状缓解后递减剂量，并尽早地撤除激素。如需要维持治疗，以隔日用药为妥。

2. **免疫抑制剂**

常用的有环磷酰胺、硫唑嘌呤和 6-巯基嘌呤。环磷酰胺和硫唑嘌呤的治疗剂量为每日 100～200mg，6-巯基嘌呤为每日 50～100mg。缓解后如需要维持治疗，应选择最小维持量。

3. **免疫激活剂**

可试用转移因子或辅酶 Q_{10}治疗，部分病例可缓解症状。

（二）局部治疗

口、眼、鼻腔等干燥症状的治疗：用 0.5%甲基纤维素滴眼；时常以枸橼酸溶液漱口以刺激唾液腺分泌功能及代替部分唾液，以 2%甲基纤维素餐前涂抹口腔偶可改善症状；鼻腔干燥可用生理盐水滴鼻，不可用含油性润滑剂，以免吸入、引起类脂性肺炎；皮肤干燥一般不需治疗。

（三）其他治疗

对伴有类风湿性关节炎或其他风湿性疾病者，可采取相应治疗措施。并发恶性淋巴瘤者，按恶性淋巴瘤治疗方案进行治疗。继发感染者，可选用适当抗菌药治疗。

二、中医中药治疗

（一）辨证论治

本病之燥乃类属中之异，若以常法治之，难以奏效，故应从“燥胜则干”的共性出发，总以增津流液为经纬，辨证选配益气、养阴、清营解毒、活血化瘀诸法，诚如喻昌所说：“若但以润治燥，不求病情，不适病所，犹未免涉于粗疏耳。”

1. 气虚津亏证

[治法] 益气健脾，生津润燥。

[方药] 七味白术散合生脉散加减。

太子参 30 克，白术 10 克，茯苓 10 克，葛根 15 克，炙甘草 6 克，黄芪 12 克，山药 12 克，麦冬 12 克，五味子 6 克，甘菊花 10 克。

[加减] 津亏甚者加石斛、玉竹；兼阴虚者加干地黄、枸杞子；关节疼痛者加秦艽、威灵仙；脘闷纳呆加砂仁、佩兰。

[分析] 本证治疗当宗“甘守津还”之法，应避辛窜火热之药，以防助燥伤液。方中太子参性味甘平，入脾、肺经而补气，兼能生津养阴，为清补之品，然需大剂量持续服用，方可奏效；黄芪味甘微温，入脾肺二经，补气之中且有升发及外达之特性，然用量不宜过大，以免助火伤阴；白术、茯苓、山药益气健脾，共扶后天之本；五味子、麦冬益气生津，养阴清热；葛根甘平，既能入阳明解肌热，又能鼓舞胃气挟津上行；菊花清肝明目；炙甘草补中益气，调和诸药。组合成方，共奏益气健脾、生津润燥之功，俾气旺津行，液充燥解。

2. 肝肾阴虚证

[治法] 养肝滋肾，清热润燥。

[方药] 杞菊地黄丸加减。

干地黄 15 克，山药 10 克，山萸肉 10 克，丹皮 10 克，茯苓 10 克，知母 10 克，枸杞子 15 克，杭菊花 10 克，石斛 10 克，首乌 12 克，青葙子 10 克。

[加减] 皮肤瘙痒者加白鲜皮、净蝉衣；咽喉干痛者加鲜芦根；口、舌、咽溃疡干痛较甚者，加金莲花、甜柿霜；阴门干涩者，加桑椹子、紫石英；大便干结者，加火麻仁、瓜蒌仁。

[分析] 方中干地黄甘寒质润入肾经，能养阴清热生津；山萸肉酸温质润入肝肾，为补益肝肾之良药；山药味甘性平，补气养阴，其作用和缓，不寒不燥，有平补三焦之称，但尤以补脾胃功最著。丹皮苦辛微寒，清泄肝火；茯苓甘淡性平，健脾和中；枸杞子甘平质润，能补肾以益精，养肝以明目；菊花甘苦微寒，清肝明目；知母甘寒质润，能滋阴润燥，以清润为专长；石斛甘寒，能益胃生津、益肾滋阴、清退虚热；首乌味甘微温入肝肾二经，有补肝肾益精血之功，为滋补良药；青葙子味苦微寒入肝经，清泄肝热，明目退翳。诸药合用，共奏养肝滋肾、清热润燥之功。

3. **燥胜成毒证**

[治法] 清营、解毒、润燥。

[方药] 犀角地黄汤合增液汤加减。

水牛角 30 克，生地 20 克，芍药 12 克，丹皮 10 克，元参 15 克，麦冬 15 克，沙参 12 克，生石膏 15 克，黑大豆 30 克，桔梗 6 克。

[加减] 皮肤有紫癜、红斑者加紫草、紫丹参；燥结成痰核者加土贝母、牡蛎；腮腺肿大者加夏枯草、牡蛎、乌梅；淋巴结肿大者加白花蛇舌草、夏枯草、白芥子；肝脾肿大者加平地木、虎杖、半枝莲。

[分析] 方中重用水牛角以清解营分之热毒；生石膏清泄气分之热邪；玄参、生地、沙参、麦冬清热养阴；芍药和营血，泄肝热；丹皮清热凉血，行血散瘀，其气清芳，入肾经，善于清透阴分伏热；黑大豆滋肾水以制肝火；桔梗宣肺，并引诸药达表。诸药合用，共奏清营、解毒、润燥之功。俾毒热得清，阴液得充，则诸恙悉平。

4. **血瘀络阻证**

[治法] 活血化瘀通络。

[方药] 大黄䗪虫丸加减。

大黄 9 克，生地 15 克，桃仁 9 克，芍药 9 克，杏仁 9 克，甘草 6 克，黄芩 6 克，虻虫 3 克，水蛭 6 克，蛴螬 3 克，䗪虫 3 克，干漆 3 克。

[加减] 兼血虚者加阿胶、丹参、小胡麻；兼阴虚者加麦门冬、花粉、龟板。

[分析] 方中用大黄、桃仁、干漆以通其血闭；合䗪虫、水蛭、虻虫、蛴螬等虫类活血通络之品，以增强活血消瘀之力；祛邪勿忘扶正，故又以地黄、芍药、甘草濡养血脉，和中缓急；并以杏仁、黄芩宣肺气以解郁热。该方特点是破血之力虽猛，但用药针对“干血”这一特点，避免了刚燥而性偏柔润，正如尤在泾所说“润以濡其干，虫以动其瘀，通以祛其闭”之意。全方作用为祛瘀生新、活血通络，俾瘀祛络畅，津液流布，燥亦荡然。

（二）验方治疗

1. **大补地黄丸加减方**[1]

[组成] 生熟地各 12 克，炒黄柏 10 克，山药 15 克，枸杞子 12 克，当归 10 克，炒知母 6 克，山萸肉 12 克，炒白芍 10 克，肉苁蓉 10 克，玄参 10 克，花粉 10 克，天麦冬各 10 克。

[加减] 双目干涩和畏光加甘菊花、霜桑叶；视力下降加服石斛夜光丸；口干加乌梅；口苦加焦山栀；鼻结血痂加黄芩、薄荷；关节肿痛加川续断、老鹳草、鬼箭羽；进食困难加绿萼梅；腹胀加玫瑰花、佛手；咽干少津加山豆根、挂金灯；腮肿加浙贝母、僵蚕、蜈蚣；龋齿加生石膏；干咳少痰加鱼腥草、紫菀；皮肤干燥发痒加何首乌、沙苑子、钩藤；大便干结加郁李仁、麻仁；性欲淡漠加仙茅、仙灵脾、阳起石。

[用法] 水煎服，每日 1 剂。

[功用] 养阴清热，生津润燥。

[疗效观察] 用本方治疗干燥综合征 11 例，获近期痊愈 4 例，有效 7 例。见效日期最短者 5 天，最长者 21 天，平均 10.6 天。住院日期最短者 15 天，最长者 85 天，平均 43 天。

2. **增液汤加减方**[2]

[组成] 玄参、生地、麦冬。

[加减] 在治疗主症时注意治疗兼症，如兼舌红而干、舌苔黄厚、脉数有力、心烦口渴等热象者加清热药，如黄连、黄芩、胆草、板蓝根等。其他兼症根据其性质加用相应的药物。

[用法] 水煎服，每日1剂，30天为1疗程。

[功用] 滋阴润燥，养阴生津。主治阴液不足型干燥综合征。

[疗效观察] 用本方治疗干燥综合征患者48例，基本治愈（口腔、鼻干燥症状基本消失，眼干燥、角结膜溃疡基本控制，其他全身症状明显改善）39例，有效（治疗中口、眼等干燥症状明显减轻，但未能坚持治疗）8例，无效（口、眼干燥等症状无改善）1例。其中32例患者治疗前后腮腺、泪腺分泌功能检查对照，均有明显改善。多数患者在1疗程内见效，少数发病时间较长、症状顽固者在2个疗程内见效。

3. **增液汤合沙参麦冬汤加减方**[3]

[组成] 元参、生地、麦冬、沙参、石斛、玉竹、天花粉、太子参、丹参、陈皮、鸡血藤、半枝莲、山豆根、白花蛇舌草。

[用法] 水煎服，日1剂。同时配用中成药二冬膏、核葵注射液治疗。

[功用] 养阴增液润燥，清热解毒，活血通络。

[疗效观察] 用本法治疗干燥综合征5例，服10余剂后，口干等症状不同程度改善，其中3例^{99m}Tc腮腺功能试验证实其功能有所好转。

4. **桑杏荆防汤**[4][5]

[组成] 桑叶9克，杏仁（打）9克，荆芥9克，防风9克，炙僵蚕9克，半夏9克，陈皮6克，苦桔梗6克，知母9克，沙参9克，石斛9克，麦冬9克，甘草3克，板蓝根30克。

[加减] 发热已退去荆芥、防风、半夏；神疲乏力加太子参30克、天花粉15克；眼干、腰腿酸软加枸杞子9克、牛膝9克。

[用法] 水煎服，日1剂。

[功用] 祛风清热，宣肺化痰，养阴生津。主治风热型干燥综合征。

[疗效观察] 用本方治疗风热型干燥综合征13例，显效7例，好转3例，无效1例。总有效率为77%。

5. **平胃二妙散**[4][5]

[组成] 制苍术9克，制川朴9克，藿香9克，佩兰9克，黄柏9克，陈皮6克，米仁12克，广郁金9克，夏枯草15克，川萆薢12克，土茯苓12克，生甘草3克。

[加减] 便秘加瓜蒌仁（打）12克；口干咽燥加北沙参9克；关节酸痛加桑寄生9克、狗脊9克；舌质红去川朴。

[用法] 水煎服，日1剂。30剂为1疗程。一般为2～12个疗程。

[功用] 健脾和胃，祛湿清热。主治湿热型干燥综合征。

[疗效观察] 用本方治疗湿热型干燥综合征17例，其中显效10例，好转3例，无效3例（另1例未复诊）。总有效率为76.5%。

6. **新一贯煎**[4][5]

[组成] 生地12克，知母9克，石斛9克，天花粉12克，太子参30克，全瓜蒌12克，淮小麦30克，枸杞子9克，仙灵脾12克，当归9克，生甘草6克，大枣12克。

[加减] 口干甚加元参 9 克、天冬 9 克、麦冬 9 克；关节酸痛加牛膝 9 克、桑寄生 12 克。

[用法] 水煎服，日 1 剂。

[功用] 养阴清热，生津润燥。主治阴虚内热型干燥综合征。

[疗效观察] 用本方治疗阴虚内热型干燥综合征 18 例，显效 10 例，好转 1 例，无效 5 例。有效率为 61%。

7. **六味八珍汤**[4][5]

[组成] 生地 12 克，熟地 12 克，太子参 30 克，炒党参 9 克，全当归 9 克，绵黄芪 12 克，淮山药 9 克，制首乌 9 克，制黄精 9 克，穞豆衣 9 克，旱莲草 15 克，白术 9 克，白芍 9 克，炙甘草 6 克。

[加减] 月经过多、齿龈出血去熟地、制黄精，加阿胶（烊冲）9 克、炒丹皮 9 克、茜草炭 9 克；心慌夜寐不安加枣仁 9 克、枸杞子 9 克、当归 9 克。

[用法] 水煎服，日 1 剂。

[功用] 益肾健脾，补肾滋阴。主治气阴两虚型干燥综合征。

[疗效观察] 用本方治疗气阴两虚型干燥综合征 9 例，显效 3 例，好转 2 例，无效 4 例。有效率为 56%。

8. **四参汤**[6]

[组成] 南沙参 12 克，北沙参 12 克，天冬 12 克，麦冬 12 克，太子参 12 克，白芍 12 克，元参 12 克，生地 12 克，生黄芪 15 克，甘草 10 克，五味子 10 克，鲜石斛 30 克。

[加减] 脾胃虚损、纳呆脘胀加茯苓、白术；经脉痹阻、骨节疼痛加桑枝、海风藤；肾阳虚加仙灵脾、补骨脂。

[功用] 养阴益气。主治气阴两虚型干燥综合征。

[疗效观察] 用本方治疗气阴两虚型干燥综合征 7 例，缓解 2 例，好转 4 例。有效率达 86%。

9. **地参冬贝汤**[6]

[组成] 生黄精 15 克，元参 10 克，麦冬 15 克，川贝母 10 克，丹皮 9 克，白芍 9 克，甘草 6 克，薄荷 6 克。

[加减] 症见形倦神疲，少气懒言，口干咽燥少津，口渴不欲饮水，或饮不解渴，眼干涩无泪，手足心热或手足逆冷，胃脘胀痛，大便干结或溏稀，舌淡嫩，少苔，脉沉细弱之气阴两虚型，可选加太子参、山药、黄芪、茯苓、泽泻、葛根、丹参、牛膝；症见口干咽燥，渴不欲饮或饮后胃脘胀闷不适，心烦呕恶，腹胀便溏，纳谷不香，四肢浮肿，舌苔白腻或黄腻，脉细滑之脾胃气虚型，可选加生苡仁、白蔻仁、杏仁、滑石、厚朴、半夏、竹叶、通草；症见口干咽燥，饮不解渴，头晕目眩，眼干涩无泪，畏光眼红，面色黧黑，皮肤发斑色暗，胁痛或胁下癥瘕，肢体末端遇冷后发红青紫，两颊肿大结包块，下肢可见红色斑点，舌淡暗或青紫有瘀点，少津，脉细涩之血瘀血虚型，选加熟地、归身、川芎、桃仁、红花等。

[用法] 水煎服，日 1 剂。一般服药 3 个月，重者服药 6 个月，个别病例需服药 1 年。

[功用] 益气养阴，凉血活血，清热散结，疏风利咽，清利头目。

[疗效观察] 用本方治疗干燥综合征 60 例，显效 12 例，有效 43 例，无效 5 例。总有效率为 92%。本组病例病情得到改善是由于中药从不同角度调节机体的免疫状态，抑制自身抗

体的结果。病人症状的改善一般先以全身症状的改善为显著，继而出现舌苔的改善，口干眼干改善出现得稍迟。化验指标中以血沉下降最明显迅速。

10. **仙雷汤（编者拟名）**[7]

[组成] 雷公藤、仙灵脾各 12 克，黄精、牛膝各 15 克，山药、枸杞、茯苓各 20 克，薏苡仁 30 克。

[加减] 肝肾亏虚配杞菊地黄汤加减；脾胃虚损配四君子汤或参苓白术散加减；脾胃阳虚加玉竹、麦冬、生地、西洋参等；湿热甚加川萆薢等。

[用法] 水煎服，日 1 剂。3 个月为 1 疗程。病情好转后可改为丸剂。

[功用] 滋阴温阳，健脾益气，清热解毒。

[疗效观察] 用本方治疗干燥综合征 34 例，结果显效 14 例，好转 18 例，无效 2 例。总有效率为 94.12%。

11. **玉女甘露汤**[8]

[组成] 玉竹 30 克，女贞子 20 克，生晒参 5 克（另煎），淮山药 20 克，当归 15 克，白花蛇舌草 15 克。

[用法] 水煎服，日 1 剂。4 个月为 1 疗程。临床可辨证加减。

[功用] 养阴生津，调养脾肾。

[疗效] 用本方治疗 21 例干燥综合征患者（单纯用中药治疗 16 例，其余 5 例因合并有其他严重结缔组织疾病，加用肾上腺皮质激素，随病情缓解、症状改善而逐步减量，最后改用中药维持），经 1 疗程治疗，显效（临床症状基本消除，实验室检查施墨氏试验、玫瑰红染色试验、血红蛋白、血沉、免疫球蛋白、血清蛋白电泳有 4 项以上恢复正常）8 例，有效（临床症状明显改善，实验室检查有 3 项以上明显改进并接近正常）12 例，无效（临床症状和实验室检查无明显变化）1 例。总有效率为 95.2%。

12. **润燥六黄汤合雷公藤制剂**[9]

[组成] 生地、熟地、当归、玄参各 15～30 克，黄连、黄芩、黄柏各 3～6 克，炙黄芪 30～100 克，天冬、麦冬各 15 克，黄精 30 克，雷公藤片（湖北黄石市制药厂生产，33μg/片），部分患者用雷公藤酊（威海疗养院制）。

[加减] 便秘加何首乌、肉苁蓉、火麻仁；关节肿痛加秦艽、威灵仙、忍冬藤；舌边尖紫暗有瘀点、皮肤紫癜加桃仁、红花、丹参。

[用法] 水煎服，日 1 剂。雷公藤片，每次 4 片，日 3 次；或雷公藤酊，每次 30ml，日 3 次。雷公藤制剂 2 个月为 1 疗程，2 疗程后减量至维持量（每日 2 片，晨 8 时顿服）。治疗 3 个月至 9 年。

[功用] 滋阴清热润燥。

[疗效观察] 用本方治疗干燥综合征 19 例，结果基本痊愈 12 例，显效 6 例，无效 1 例。

13. **增液合剂**[10]

[组成] 增液Ⅰ号：黄芪、黄精、生地黄、葛根、玉竹、石斛、天冬、丹参。增液Ⅱ号：黄芪、黄精、山药、天花粉、生地黄、鸡血藤、金刚刺、鹿衔草。

[用法] 两方均制成合剂，每次 20 毫升，日 2 次，3 个月为 1 疗程。气阴两虚、燥毒内蕴者用增液Ⅰ号，气阴两虚、脉络瘀阻者用增液Ⅱ号。

[功用] 益气养阴、润燥解毒、和血通络。

[疗效观察] 用本方治疗干燥综合征 60 例，经治疗两个疗程后，显效（干燥缓解，部分实验室指标有不同程度改善）45 例，好转 13 例，无效 2 例。总有效率为 96.7%。实验室检查 FI、RF 治疗前后比较有显著性差异（P<0.01），含糖试验、泪流量、IgG 治疗前后有显著性差异（P<0.05），ESR、lgA、IgM 亦有下降趋势。

14. **骆氏干燥综合征方**[11]

（1）六味地黄丸合二至丸加减方。

[组成] 大生地、山萸肉、女贞子、旱莲草、制黄精各 15 克，淮山药、杭白芍各 12 克，牡丹皮、白茯苓、泽泻各 9 克。

（2）沙参麦冬汤加减方。

[组成] 北沙参、白茯苓、淮山药各 15 克，麦冬、制玉竹、天花粉各 10 克，太子参、生黄芪各 20 克，鲜芦根 30 克。

[加减] 上二方加减法为：燥毒内蕴加知母、紫草、玄参、茯苓、稽豆衣、山慈菇等；脉络瘀滞加紫丹参、威灵仙、木瓜、虎杖、红花、当归尾等。

[用法] 水煎服，日 1 剂。六味地黄丸合二至丸加减方适用于肝肾阴虚者，沙参麦冬汤加减方适用于脾胃虚弱者。

[功用]（1）方滋补肝肾；（2）方益气健脾，养阴和胃。

[疗效观察] 用上 2 方治疗干燥综合征 8 例，结果显效 5 例，好转 2 例，无效 1 例。

15. **加味玉液汤**[12]

[组成] 黄芪、山药、元参各 30 克，知母、麦冬、生地各 15 克，五味子、天花粉、乌梅各 10 克，鸡内金、葛根各 6 克。

[加减] 疗效不显者黄芪、山药、元参等加量。

[用法] 水煎服，日 1 剂。15 日为 1 疗程。治疗 1～3 疗程。

[功用] 滋阴增液，益气健脾。

[疗效观察] 用加味玉液汤治疗干燥综合征 26 例，并与对照组 14 例（用玄参甘桔汤：玄参 15 克，麦冬 12 克，桔梗 10 克，甘草 6 克。用法、疗程同加味玉液汤），结果两组分别治愈 17 例、0 例，好转 8 例、5 例，无效 1 例、9 例。随访 16 例、9 例，复发 3 例、8 例。

（三）其他疗法

1. **针刺疗法**

（1）方：取穴：主穴：气海、关元、曲骨。配穴：肾俞、命门。

手法：施补法，隔日 1 次，连续 10 次为 1 疗程。此法对治疗和预防阴门干涩，效果较好。

（2）方：双目干涩，视力下降，取穴四白、鱼腰、合谷；口干津少，取穴地仓、颊车、足三里；外阴萎缩或瘙痒，取穴曲骨、归来、关元。

手法：施平补平泻法，隔日 1 次，10 次为 1 疗程。

2. **食疗**

（1）菊花罗汉果饮：白菊花 9 克，罗汉果 1 只，泡茶饮用。方中白菊花祛风清肝明目；罗汉果性甘寒，有清肺、润肺、止渴作用。经常饮用，对目涩、口干有效。

（2）凉拌地栗萝卜丝：地栗 100 克，白萝卜 100 克。将白萝卜洗净去皮切丝，用盐渍 10 分钟，冷开水淘洗。地栗去皮切丝，加白萝卜丝、调料，生拌食用。本方有清热润肺、明目

利咽之功，对口干、目涩效果较好。

（3）薏苡仁绿豆麦片粥：薏苡仁 30 克，麦片 25 克，绿豆 25 克。先将薏苡仁、绿豆浸泡 1 小时，文火煮烂，放入麦片再煮，不断搅拌，防止粘锅，粥成加糖食用。方中绿豆清热解毒；薏苡仁健脾渗湿助消化；麦片和中助胃气。合而具清热健脾化湿之功，经常食用，对本病较为合拍。

（4）木耳面片汤：面粉 50 克，黑木耳 6 克，鸡蛋 1 个，菠菜 20 克。面粉用水和匀做面片，黑木耳水发洗净，菠菜洗净，鸡蛋搅匀。水煮沸放入木耳、鸡蛋，煮 5 分钟，放入面片煮沸，再放入菠菜、调料，出锅即可食用。方中黑木耳滋补肾阴；菠菜养血润肠、止渴；鸡蛋滋阴润燥，清热利咽。合而具滋阴清火之功，对阴虚内热证较为适合。

（5）首乌参豆汤：首乌 10 克，黑豆 50 克，北沙参 30 克。将黑豆浸泡 1 宿后，先煮 1 小时，再加入北沙参、首乌，共煮半小时，取汁频饮。方中首乌、黑豆能补肝肾，润肌肤；北沙参益气养胃生津。合而具滋补肝肾、益气润肤之功，适用于气阴两虚证。

（6）红花山楂糕：红花 15 克，山楂 500 克，冰糖 500 克。将红花煮汤取汁，加入去核山楂与冰糖，煮烂，冷却后凝结成块，即可食用。方中红花活血祛瘀；山楂配冰糖，酸甘生津润燥。合而具活血生津之功，对瘀血征明显者较为适合。

（7）山甲猪蹄汤：穿山甲 250 克，猪蹄 250 克。穿山甲去皮洗净切块，猪蹄洗净，2 味一起放入锅中文火煮 2 小时，加调料，饮汤食肉。方中猪蹄性甘平，能和血脉，润肌肤；穿山甲善于走窜，能活血散瘀，通行经络。合而具活血通络润肤之功，对腮腺结块者尤为适宜。

3. **外治法**

（1）生地 10 克，元参 15 克，大青叶 15 克。上药煎水，放冷，喝 1 口含在口中，停半分钟漱口吐出，再含第 2 口，如此反复数次，可连续应用。适用于口咽干燥。

（2）鱼青胆数枚。将鱼青胆阴干，研碎过筛，取极细末，点于眼角上，早晚各 1 次。适用于干燥性角、结膜炎。

（3）黄连、细辛、当归、杏仁（去皮尖，为霜）、防风、松脂各 15 克，白芷、黄蜡各 30 克，麻油 120 克。先将蜡、油熔化，前药共研为细末，慢火熬膏，贴太阳穴。适用于干燥性角、结膜炎。

（4）凡唇燥、鼻干、阴门干涩，可用胡桃仁油（胡桃仁蒸熟，压榨取油）或蛋黄油（鲜鸡蛋之蛋黄、煎枯取油），外涂，每日 2～3 次。

（5）皮肤干燥发痒者，可用黑油膏（成药）薄薄外搽，每日 2～3 次。

三、中西医结合治疗

方法一[13]

以中药汤剂内服为主，配合小剂量皮质类固醇激素等西药治疗。

[治疗方法]

（1）中药汤剂：党参 6 克，黄芪、石斛各 15 克，生熟地各 10 克，赤白芍各 10 克，南沙参 15～30 克，丹皮、麦门冬、生扁豆、枸杞子、秦艽各 10 克，山药 12 克，甘草 3 克。水煎服，日 1 剂。

（2）西药：强的松每日 15mg，分 3 次口服，并逐渐减量至每日 5mg，以后停用。同时配

合复合维生素 B、维生素 C 和维生素 E 等。

[治疗结果]

用上法治疗干燥综合征 2 例（其中 1 例合并类风湿性关节炎），治疗 3 个月后，口、眼、鼻干燥及关节痛等症状显著好转。

方法二[13]

[治疗方法]

(1) 中药汤剂：党参、黄芪各 15～30 克，何首乌、熟地黄、鸡血藤各 30 克，丹参 15 克，赤芍、红花、陈皮、香附、鹿角胶各 9 克，甘草 6 克，石斛、南沙参、麦冬各 10 克，白芍、山药各 12 克。水煎服，日 1 剂。

(2) 西药：强的松每日 15mg，逐渐减至每日 5mg，以后停用。同时配合复合维生素 B、维生素 C、维生素 E。

[治疗结果]

用本法治疗 1 例合并硬皮病的干燥综合征患者，治疗 6 个月后，口、眼、鼻干燥及关节痛等症状显著好转，硬皮病、皮肤硬化也有好转。

方法三[14]

中药汤剂配合西药左旋咪唑等治疗干燥综合征合并慢活肝者。

[治疗方法]

(1) 中药汤剂（三蛇合剂）：以白花蛇舌草 30 克、蛇莓 15 克、蛇六谷 15 克为主组成，水煎分 2 次服，日 1 剂。

(2) 西药：左旋咪唑 50mg，日 3 次，每周用 2 天。同时配用常规护肝药物及对症处理，疾病活动期酌情使用转移因子或小剂量环磷酰胺治疗。

[治疗结果]

用上法治疗 3 例干燥综合征合并慢性活动性肝炎患者，治疗半月后，病情逐渐缓解，SGPT 逐渐下降；继续治疗 3 个月左右，口、眼干燥及关节痛等症状基本消失，肝功能恢复正常，HBsAg 转阴；半年后随访未反复。

方法四[15]

[治疗方法]

(1) 雷公藤糖浆或片剂：每日口服总量相当于生药 30～45 克。雷公藤糖浆 10～15 毫升，日服 3 次，或雷公藤片 3～5 片，日服 3 次。

(2) 丹参素针剂：每日 4 毫升，肌肉注射。

(3) 红藤糖浆：每日口服总量相当于生药 30 克。

(4) 观察前已用激素，病情处于波动状态者，应用上述药物的同时逐步递减或停用激素。

[治疗结果]

用本法治疗 19 例眼、口干燥综合征（合并系统性红斑狼疮 15 例，其中有 4 例重叠两种胶原病及其近缘疾病，各种疾病分别符合其本身独立的诊断标准），其中 14 例全过程或间断应用雷公藤糖浆或片剂，5 例应用丹参素针剂，3 例间断应用红藤糖浆，10 例观察前已用激素。结果 19 例中显效 9 例（占 47%），见效和显效时间为 2 周～2 个月不等。总观察期半年～2 年。主观症状及客观体征 19 例中眼干 14 例改善（73.7%），口干 15 例获改善（78.6%），发热 13

例全部改善（100%），乏力及关节疼痛好转率为84.2%及78.9%，腮腺炎7例中改善5例，舌光裂及镜面舌各5例均有不同程度好转（100%）。肝、肾、心、肺情况有不同程度好转，好转率为70～75%，淋巴结肿大缩小和消退者占82%。实验室检查随访观察指标，11例白细胞减少者7例恢复正常，9例尿蛋白阳性者8例转阴，肝脏损害慢性指标升高者也获较满意改善。类风湿因子阴转率62.5%（5/8），抗核抗体改善70%（7/10），IgG也获改善（5/9）。治疗后10例合并应用皮质类固醇激素者，3例停用，7例递减激素的患者由平均每人为强的松2.7片/日，减至平均每人1.2片/日。9例未用激素者完全采用中药治疗，提示本组药物治疗干燥综合征有较好的疗效。

第五节 预 防

（一）加强精神调摄，劳逸适度，保持居住环境的湿度，避其邪气

注意精神调摄，保持乐观的精神状态，避免精神刺激和急躁大怒。要劳逸适度，保持充足睡眠，避免过劳。室内应保持一定湿度。平时应慎起居，适寒温，以防止六淫外邪的侵袭。

（二）调节饮食

调节饮食对本病非常重要，平素饮食应偏于甘凉滋润，宜多吃滋阴清热 生津的食物。如西瓜、鲜梨、鲜藕、淡菜、甲鱼等，以少量多餐为宜。并可经常用西洋参、白沙参之类泡饮。口咽干燥可常含食话梅、藏青果，或常饮酸梅汁、柠檬汁等生津解渴之饮料。忌食辛辣、香燥、温热的饮料与食物，如酒、咖啡、各类油炸食物、羊肉、狗肉、姜、葱、蒜等，严禁吸烟。

（三）保持口腔清洁

饭后应漱口或刷牙，保持口腔内清洁卫生，对预防本病的发展颇有帮助。

参考文献

[1] 徐宜厚．中医杂志 1990；31（8）：42
[2] 张文藻．中华口腔科杂志 1982；17（1）：51
[3] 吴织芬，等．中华口腔科杂志 1983；18（3）：190
[4] 章琴韵，等．上海中医药杂志 1981；（5）：21
[5] 章琴韵，等．中医杂志 1987；（2）：124
[6] 胡熙明主编．中国中医秘方大全（中册）．第一版．上海：文汇出版社，1989：207～210
[7] 杨少峰．中国中西医结合杂志 1993；13（4）：230～231
[8] 姜黎平，等．浙江中医学院学报 1990；14（3）：21
[9] 刘薛乡．山东中医杂志 1993；12（4）：13～14
[10] 胡传美，等．浙江中医杂志 1992；27（1）：10～11
[11] 骆仙芳，等．浙江中医杂志 1994；29（8）：371
[12] 顾延全．实用中医药杂志 1994；10（4）：15

[13] 王德馨，等．天津医药　1985；(3)：180
[14] 陆仁康，等．天津医药　1982；(9)：540
[15] 白熙瑞，等．中西医结合杂志　1985；5 (3)：163

第十章　结节性多动脉炎

第一节　概　述

结节性多动脉炎又称结节性动脉周围炎（简称PAN）、全动脉炎、多数性脉管炎、坏死性动脉炎等。本病传统型的特征为小和中等大小的肌性动脉发生坏死性血管炎，动脉3层均有炎症，并有多发性动脉瘤、血栓、梗死、类纤维蛋白坏死等。临床表现常随病变累及部位不同而各异。发热和白细胞增多、关节炎、肌肉疼痛、腹痛、高血压、神经系统病变及肺、脑、肾脏病变等，可联合或单独出现。传统型PAN的病变中并无多核巨细胞肉芽肿。经多年沿革，所谓PAN名称的内涵概念已各不相同，事实上有的病例并不是传统的PAN，而是广泛性或播散性坏死性血管炎性疾病伴有几种综合征的重叠现象。

本病系一种原因不明，可能与感染、药物及注射有关的自体免疫性全身疾病。其主要病变为多个脏器或系统全层性、坏死性中小动脉炎，常呈节段性，致供血障碍，功能改变。内脏病变以肾脏为主，常伴有发热、多汗和关节酸痛，皮损多形性，以沿小动脉分布最多见。

本病属中医学“热痹”、“瘀血流注”、“脉痹”、“胞痹”、“心痹”等范畴。

第二节　病因病理

一、西医病因病理

（一）病因

与注射血清、感染、药物应用引起变态反应有关。药物中以磺胺类、甲基苯丙胺所致变态反应为多见，感染以上呼吸道感染（溶血性链球菌）为常见。本病半数患者有乙型肝炎抗原血症，因此病毒感染在发病中起一定作用。在病变部位已证实有乙型肝炎表面抗原、IgM和补体C_3沉着，故持续病毒感染的免疫复合病可引起发病。

（二）病理

本病病变为肌性中小动脉坏死性炎症，其次为小静脉，病变呈节段性，动脉分枝处多见。累及血管各层，各期病变同时存在。血管病变病理分4期：①初期（变性期），小动脉中层呈类纤维蛋白变性或透明样变，内膜下浮肿和纤维素析出，内膜细胞脱落。②急性炎症期，中等动脉中层肌纤维肿胀，内膜水肿，管腔狭窄，类纤维蛋白坏死，各种细胞浸润，浸润伸展至内膜和外层，引起内弹力层断裂，内膜增厚，外膜破坏，肌层变性。病变呈节段性，形成

动脉瘤、血栓、内膜增殖等，血栓形成使血管腔狭窄并闭塞，病变血管所在组织缺血发生梗死，炎症可侵及毗连静脉。③好转期、肉芽肿期或慢性期，此期浸润细胞以淋巴样细胞、浆细胞为主，纤维母细胞伸入增殖至坏死部，血管壁肥厚，血栓机化，动脉管腔狭窄、梗塞，可发生出血，也可有小动脉瘤。④治愈期或瘢痕期，此期炎症消退并机化，肌层、内弹力膜层断裂部分为纤维组织所代替，有血管再形成的现象。

血管病变在各器官系统发生，其中肾、心占70%，肝脏、胃肠、周围神经占50%，肠系膜、骨骼肌占30%，中枢神经系占10%，皮肤不定。

肾脏病理可分为3种：①肾多动脉炎伴肾梗死，病变以肾皮质为主，动脉炎从急性炎症浸润，然后演变至第3和第4期，致管腔闭塞，瘢痕形成。②肾小球炎的特异型，特征为毛细血管微血栓，局灶型类纤维蛋白坏死，白细胞球囊浸润，新月体形成，呈弥漫性肾小球炎，并分为膜型、增殖型及二者的混合型。③局灶型肾小球炎，为肾小球毛细血管丛上皮细胞增生，类纤维蛋白物质阻塞毛细血管。根据血管病变分期有下列特征：急性炎症期中小血管、弓形和叶间动脉病变显著。内弹力膜层破坏断裂，血管壁类纤维蛋白坏死成动脉瘤。肾小球病变时则为缺血和肾小球旁器增生。痊愈期炎症逐渐消失，血管腔闭塞增剧，动脉瘤纤维化。肾脏病变特征为各期均有。内弹力膜层破坏是本病和继发于高血压的痊愈期动脉炎最重要的区别点。

胃肠系统血管病变占50%，肝和空肠动脉是常见的受累部位。在肝脏，血管炎与动脉瘤、梗塞和肝炎并存。其他有胆囊和周围血管病变。周围神经血管病变广泛，可波及整个神经全长，神经外膜的75～200微米直径小动脉常被累及，也是类纤维坏死内膜增生血管周围纤维化。中枢神经系统病变，可在脊椎、颈动脉、脑膜、脑及深部动脉发现炎症。心脏是常见病变部位，有冠状动脉炎、心肌梗塞、心包炎和心脏肥大等。

（三）发病机理和免疫学

1. 病因

是过敏机制。实验动物的血管壁对各种抗原致敏发生内皮下玻璃样坏死。其机制是免疫复合物（IC）在血管壁沉积，它激活补体引起炎症，致活补体成分吸引多形核白细胞在吞噬沉积的免疫复合物同时释放溶酶体酶损伤动脉壁。IC动脉炎的发生发展与IC的持续存在、大小及遗传素质有关。病变在血管内膜中生长局灶化也可引起动脉炎，如巨细胞病毒和风疹病毒。本病亦可为药物引起的高血压和单侧肾切除的高血压所引起。

2. 发病机理

磺胺类药物和免疫血清在本病发生中起重要作用。乙型肝炎表面抗原（HBsAg）和IgM在本病患者的动脉壁及肌性动脉、冠状动脉、皮肤血管及肾小球中，及所有病变的中小动脉中均有发现；同时伴血补体减低，血中有IC和病毒颗粒。在无HBsAg的本病患者IC机制在发病中也很重要，病人类风湿因子阳性，血补体减低，冷球蛋白阳性。病变的中小动脉和肾小球中有免疫球蛋白、补体及纤维蛋白。本病伴癌肿者血管炎是肿瘤抗原及其抗体的IC引起。免疫母细胞淋巴腺病时血管炎也存在。伴低补体的本病患者血管炎是不明抗原的IC引起。总之，各种抗原引起的IC似均有可能引起血管炎。

有学者认为本病伴先天性C_2缺乏和α_1抗胰蛋白酶缺乏，提示补体或酶抑制缺陷可促发动脉炎。在急性浆液性中耳炎后发生坏死性血管炎的病例，感染是致病原因。如前所述，药

物滥用、乙型肝炎病毒（HBV）与本病相关。本病患者 HBV 的感染率近 30～40%。HBsAg 阳性和阴性血管炎的发生无差异，但与肝病有关，慢性活动性和持续性肝炎者较多发生血管炎。血管炎活动时血补体降低，在血管的内弹力膜层有 HBsAgIg，血 IC 水平和疾病的活动性相平行。

二、中医病因病机

（一）外感异气，侵入脉络

异气，指与风、寒、暑、湿、燥、火之邪在致病特点上有明显不同的病邪。此类病邪侵入人体，以直接侵人脉络为特点。侵人脉络后即引起脉道本身的瘀阻，并进而发生脉络痹阻部位所在脏腑组织的病变。异气常由肌表或口鼻人侵机体。

（二）毒邪伤正，入舍脉络

所谓“毒邪”，广义地说，除包含从肌表、口鼻进人机体导致脉痹发生的异气之外，还包括某些能诱发脉痹的药物。由于药物的这种毒性作用，故古人把药物称为“毒药”。《周礼·医师章》：“医师掌医之政令，聚毒药以供医事。”但是，毒邪进人机体，能否导致发病，还必须取决于毒邪的毒力与机体正气的强弱。只有在毒邪的作用达到了损伤正气的程度时，才能产生毒邪人舍脉络、脉络痹阻的病变。

（三）瘀毒内侵，痹阻脏腑

毒邪人舍脉道，除导致脉络痹阻的病变外，还可循脉络而人于脏腑，导致脏腑病变。如瘀毒内阻于肾，则可导致气化不利，水道不行，发为水肿；瘀毒内阻于肝，则令肝失疏泄，气机升降不利，而为胁痛；瘀毒痹阻于心，可致心痹。总之，病状可因瘀毒痹阻的脏腑不同而有异。

第三节 诊 断

一、辨病·西医诊断

本病可发生于任何年龄，男性多于女性，男女之比约为 4∶1。起病缓慢，可有感染（特别是病毒、链球菌感染）史，药物（磺胺类、砷碘剂、青霉素）应用史及血清注射史（发现少数乙型肝炎合并本病）。

（一）症状与体征

临床症状复杂而多样。除发热、肌肉关节酸痛、多汗、乏力、体重减轻等一般症状外，又因某一系统或数个系统受累而呈现不同表现。

1. 皮肤

皮下结节，直径 1～2 毫米，沿血管壁成批或线状出现。急性期有触痛及红斑，结节多见于四肢，小腿好发，系小动脉瘤栓塞或纤维化所致。亦可呈结节性红斑、渗出性红斑及伴中心性溃疡的红斑疹等。也可有网状青斑、紫斑，下肢多见。紫癜可呈反复发作型或慢性型。皮下结节也可以是血管炎增厚的动脉形成，可在胸壁触及。荨麻疹样皮疹为早期皮肤表现。并有对寒冷反应的雷诺氏现象，趾、指可发生溃疡和坏疽。

2. **消化道**

腹痛常见，因病变部位不同而表现不同的症状和体征。胆囊或阑尾病变引起的腹痛少见。弥漫性腹痛应考虑肠系膜栓塞，腹胀为肠系膜栓塞伴有或无腹膜炎。便血和呕血多由于上下胃肠道血管炎引起，且可能为肠腔内小动脉瘤破裂或坏死动脉壁破裂所致。腹腔内出血可类似腹膜炎，但可合并化脓性腹膜炎。肠系膜出血可有肿块，胃、十二指肠可发生溃疡，发生肠胃穿孔时亦可引起急腹症继发败血症、休克致死。上肠系膜动脉亚急性梗塞可发生脂肪痢和体重减轻。严重的肠系膜动脉炎可发生腹痛伴血性下痢，钡剂检查可见小肠粘膜呈“拇指纹样表现”的缺血征。

还可发生脏器如肝、胰的梗塞和出血，肝纤维囊扩张、高胆红素血症、黄疸，可并发严重腹痛。肝及肝血管病变，有肝栓塞、间质性肝炎、肝硬化。肝病变化多端，有乙型肝炎抗原血症伴血管炎、肝炎。肝炎为慢性活动性及持续性肝炎，也可呈暴发性，致急性和大块性肝梗塞坏死。肝损伤也可由胆囊炎、结石、肝硬化或心力衰竭所影响。本病腹痛可拟诊为阑尾炎、胆囊炎或胰腺炎，实为血管炎累及，如胆囊动脉炎可类似胆囊炎甚至引起胆囊破裂，临床表现依赖血管受累程度。如上肠系膜动脉的急性病变可合并大块肠梗塞，亚急性则为腹痛或腹泻。

3. **肾脏表现**

肾受损有：①肾中等和小血管的动脉炎；②坏死性肾小球炎，但 2 种类型可并存。肾血管炎可产生：①梗塞，肾皮质缺血继发高血压；②动脉瘤，引起肉眼血尿、致命性后腹膜出血。肾脏表现为高血压、蛋白尿、血尿、水肿、氮质血症。血尿可为本病肾脏仅有表现。显微镜血尿或无痛血尿，系坏死性肾小球炎引起。也可为肉眼血尿伴胁腹部疼痛、肋脊角触痛，是肾动脉瘤破裂梗塞引起。严重胁腰和腹痛，胁腰肿块，血尿及血压、血色素下降应疑及动脉瘤破裂后腹膜出血或肾周围出血。血管造影、手术探查可证实诊断。

蛋白尿程度不一，可呈肾病综合征表现。多数高血压在肾受损指标前出现，高血压是肾脏多动脉炎的继发症，特别是动脉受累而不是肾小球。高血压多中等度，偶为恶性。肾受损可呈急、慢、亚急性肾炎表现。肾动脉多发性闭塞可发生急性肾功能衰竭和无尿。肾小管损伤可引起多尿、氮质血症直至尿毒症，并为本病常见的死亡原因。

4. **循环系统**

本病累及心脏主要是冠状动脉炎性缺血、梗塞或心力衰竭，心包炎及心律紊乱。心衰是仅次于肾衰的死亡原因。高血压、冠状动脉炎可促发心衰。心肌梗塞常为安静型，心绞痛少见。冠状动脉瘤破裂可引起心包出血和填塞。本病出现胸痛应考虑心绞痛、心肌梗塞或心包炎。本病的心律失常有心动过速、室上性心动过速、阵发性房性心动过速，心房颤动伴有或无阻滞，房室结性心动过速、窦性静止和游走性室上性节律。窦房结主要为一动脉周围结构，常有动脉炎，故易引起心律失常。

5. **呼吸系统**

发生肺部病变时类似变态反应性肉芽肿病等一组 PAN 综合征，过去由于血管炎分类混淆，故较早报导本病有哮喘、嗜酸性白细胞增多，可归于另一类，其特点为肉芽肿形成，嗜酸性白细胞增多伴显著呼吸道疾病。本病呼吸道征象主要为胸痛、咳嗽、呼吸困难、哮鸣音和咯血。肺及/或气管的血管的动脉炎可引起阻塞、梗塞和肺内出血或出血性胸膜渗液。还可有肺水肿、肺炎、气管炎及肺动脉高压等。

6. **神经系统**

本病中枢神经系统表现有严重头痛、癫痫、偏瘫、器质性精神紊乱如精神病样表现，伴精神错乱、定向力丧失、幻觉。颅神经病变、脑干病变、脊髓病变截瘫或四肢麻痹者少见。少见表现有眩晕、视力丧失、耳鸣、复视、面部麻木、咽下困难、共济失调步态、单侧知觉丧失等。周围神经病变可为早期表现，在病变部位出现疼痛、麻木，并放射至神经分布区域，发作常突然，上下肢可同时波及，以后出现运动障碍。也可发生对称性多神经病变，包括感觉和运动功能障碍。这是营养神经血管炎引起。周围神经病变特殊征候是桡神经累及所致腕下垂，正中神经病变致不能举起拇指，腓神经受累的足下垂。

7. **其他**

（1）肌肉骨骼系统：肌肉和关节痛常见，常在发病前数月发生。关节炎呈游走型或类似 RA，同时伴肌痛、触痛及萎缩。腓肠肌严重疼痛多见。关节炎呈非对称性，以下肢较大关节呈多关节性发作，消退时不留有关节损伤。骨骼肌动脉病变可引起严重疼痛和间歇性跛行。

（2）眼部表现：眼症状有视神经萎缩、视网膜剥离、视神经乳头水肿、中心视网膜动脉阻塞、弥漫性脉络膜炎、虹膜炎、巩膜炎、巩膜穿孔性坏死和结合膜下出血。本病的高血压可引起视网膜动脉病变，症状有视力障碍，视觉丧失，复视盲点。高血压性小动脉病变时有眼底出血渗出，视野缺损，结合膜炎，结合膜水肿，角膜溃疡。本病可并发 Cogan 氏综合征即非梅毒性角膜炎伴听觉前庭功能障碍，发作时有本病各系统的病变进展，包括肌痛、关节炎、关节痛及心血管病变，偶可发生主动脉瓣闭锁不全。

（3）睾丸：本病可有睾丸炎伴或无附睾炎。表现为阴囊疼痛，水肿红斑，睾丸缩小。睾丸活检诊断本病，阳性率可高达 86%。

（4）内分泌腺：内分泌腺血管可发生病变，但临床现象少见。

（二）实验室及其他检查

1. **血液学检查**

有正色素性贫血，或为再生不良性，白细胞常增多，核左移及嗜酸性粒细胞增多，肺浸润和哮喘者后者多见。白细胞增多在 15000 和 50000 之间。嗜酸性粒细胞增多呈间歇性，以嗜酸性肉芽肿性血管炎常见。白细胞分类中，嗜酸性粒细胞可高至 40%，甚至可超过 90%。血小板多数可减少。血沉常增快，凝血时间可延长，肝脏病者明显，常见凝血因子减低。骨髓象示嗜酸性粒细胞增多，纤维蛋白溶解度降低。

2. **尿和肾功能检查**

（1）蛋白尿和显微血尿：常见，多和发热等并存。有时蛋白尿、血尿无法和典型肾小球肾炎鉴别，蛋白尿类似肾病综合征。

（2）管型：特征是肾小球肾炎 3 个时期（急性、亚急性、慢性）的变化同时存在，即尿沉渣中红细胞管型、脂肪细胞粗大管型、颗粒管型、蜡状管型并存。一旦见此尿沉渣应警惕

本病。

（3）肾功能测定：各种肾功能指数均可减低，发生氮质血症示预后不良，除非肾前性因素或暂时性。

3. **免疫学检查**

（1）乙型肝炎表面抗原（HBsAg）：HBsAg 阳性和阴性者在本病表现中无区别。皮肤病灶内有 HBsAg、补体和 IgM。有 HBsAg 及其抗体在疾病活动时免疫复合体水平与活动程度相一致。

（2）其他免疫学检查：白蛋白减少，γ 球蛋白增加，α_2 球蛋白增加。免疫球蛋白增高。总补体（CH_{50}）、C_3 正常、升高或减低。减低示活动期，可合并皮肤及肾脏病变。低补体血症患者类风湿因子（RF）常呈阳性。抗核抗体、红斑狼疮细胞、类风湿因子阳性率较低，除非合并 RA 和 SLE。冷球蛋白血症、C 反应蛋白、抗链球菌素 O 均可显示阳性或高值。

（3）活检组织所见：活检是最重要的诊断方法，活检部位有：皮下结节和皮疹、肌肉触痛处、病变神经附近组织、睾丸、肾脏。一般反对盲目活检，因易引起出血。肾活检可显示坏死性肾小球炎，包括肾小球丛的类纤维蛋白坏死、上皮细胞增生、新月体形成、肾小球丛皱缩、近端肾小管萎缩纤维化等。

（4）心电图及其他检查：心电图检查有各种心律失常。超声心动图检查可见小量心包渗液。酶学如 SGOT、SGPT、LDH、CPK 必须测定。脑脊液检查如为血性或黄褐色，则为中枢神经系出血至蛛网膜下腔。脑扫描、脑电图、颈动脉造影均可显示异常。肌电图和神经传导时间测定有助于诊断多发性单神经炎或肌肉血管炎症引起的肌炎。

（5）X 线检查：胸部 X 线检查有心脏扩大、肺部浸润、胸膜渗液实变，可有空洞。消化道检查可见胃肠粘膜不规则、小肠壁增厚外源性缺损（外在局灶性血肿）。选择性脏器动脉造影（肾、腹腔、肠系膜）可证实本病的动脉瘤。冠状动脉造影可发现本病心脏病变。

（三）诊断要点

1. **诊断**

患者有发热，乏力，体重减轻，沿动脉分布的痛性结节，网状青斑，指趾端紫绀及坏疽。血压升高，血细胞增高，尤其中性白细胞升高，为病变活动的指标。血沉增快，α 球蛋白及 γ 球蛋白升高，类风湿因子阳性，抗核抗体也可阳性，但一般为弱阳性，补体 C_3 也可降低。肾脏受损常见，心脏、胃肠道、中枢神经系统均可受累，同时有关节痛及肌痛。结合组织病理及直接免疫荧光检查可作出诊断。

附：结节性多动脉炎的诊断标准

主征：①发热（每周 4 天以上，38℃以上）；②体重减轻（6 个月以内减轻 6kg 以上）；③末梢神经炎；④中枢神经症象；⑤心脏表现（心绞痛，心电图异常所见）；⑥高血压；⑦肺部症（肺炎，肺纤维化，哮喘）；⑧肾脏异常：a. 肾活检特殊组织像；b. 蛋白尿和血尿、管型尿；c. 高尿素氮血症（＞7.15mmol/L）；⑨消化系症（呕血、便血、腹痛等）；⑩关节痛；⑪肌肉症（肌痛，肌力下降，运动障碍）；⑫皮肤症（结节、丘疹、紫癜、红斑、溃疡、坏疽等）；⑬白细胞增多（10×10^9/L 以上）；⑭嗜酸性细胞增多（0.3×10^9/L 以上）；⑮血小板增多（400×10^9/L 以上）。

组织所见：动脉炎的病理组织像。除外疾病：①系统性红斑狼疮；②慢性风湿性关节炎；

③白塞氏病；④大动脉炎综合征；⑤血栓性血小板减少性紫癜；⑥高血压；⑦冠心病；⑧动脉硬化所致脑血栓形成；⑨脑膜炎；⑩肺结核；⑪结核性胸膜炎；⑫胰腺炎。

评定：确诊：主要征象至少 2 项加上组织所见。疑似诊断：①主要征象至少 1 项加上组织所见。②主征至少有 7 项。

2. **鉴别诊断**

本病应与以下疾病鉴别，如感染性心内膜炎、急腹症、胆囊炎、胰腺炎、肾小球肾炎、冠状动脉硬化性心脏病、多发性神经炎、伴有内脏损害的变应性血管炎、过敏性紫癜、Wegener 肉芽肿、变应性肉芽肿病及重叠综合征等。

二、辨证·中医诊断

（一）辨证要点

由于本病的病理主要在脉道，因此属于“脉痹”范畴，不论脉道病变是哪一期，总的辨证是脉络痹阻。再根据不同病期辨证为热毒（相当于 PAN 急性炎症期）脉络痹阻、痰瘀脉络痹阻（相当于 PAN 肉芽肿形成期）、气虚脉络痹阻、血瘀脉络痹阻、阴虚脉络痹阻等。如内侵不同的脏腑，则可表现出各脏腑病变及临床证型，可参阅系统性红斑狼疮、重叠综合征等的中医辨证分型。

（二）辨证分型

1. **热毒脉络痹阻证**

[临床表现] 发热口渴，局部脓肿，触之坚痛，皮肤微红或青紫，骨节疼痛，苔薄黄，舌质红，脉细数。

[辨证分析] 热毒蕴结，故局部脓肿，触之坚痛；发热，为热蒸于内；口渴，为热盛伤津；热伤血络，迫血妄行，皮下出血，故见紫暗或青紫；热毒蕴结于内，阻碍气血的正常运行，故见骨节痛；舌红苔黄，均属热象。瘀血内阻脉道，脉道不充，故脉细；热蕴于里，迫血速行，故脉数。

2. **痰瘀脉络痹阻证**

[临床表现] 眩晕，胸闷，或脘闷呕恶，心悸，舌质暗紫或舌边有青紫瘀斑，苔腻，脉细涩。

[辨证分析] 痰瘀内阻脉道，气血不能上荣于头，故眩晕；气血不能荣心，故见胸闷、心悸；脘闷呕恶、苔腻、为痰湿内阻之象；舌质紫暗或舌边有青紫瘀斑，为瘀血内阻之征；痰瘀内阻脉道，血气流通受阻，四末气血不充，故脉细涩。

3. **血瘀脉络痹阻证**

[临床表现] 心前区疼痛，胸闷，心悸不宁，甚则面青，唇甲青紫，舌质暗，少苔，脉细涩。

[辨证分析] 心脉痹阻，胸阳不通，故症见心前区疼痛或胸闷；面、唇、爪甲青紫，是因瘀阻于内，血不外荣之故。瘀血内阻脉道，故脉来细涩。

4. **气虚脉络痹阻证**

[临床表现] 气短，乏力，自汗，肌肉关节刺痛，痛处固定不移，拒按，或局部出现硬节，瘀斑，口干不欲饮，妇女或见闭经、痛经，舌质紫暗有瘀斑或瘀点，脉沉涩。

[辨证分析] 气短、乏力、自汗，为气虚之征。气虚不能推动血行，血脉瘀滞，故见肌肉关节刺痛，痛处固定不移，拒按，或局部出现硬结、瘀斑。口干不欲饮，舌质紫暗有瘀斑瘀点，为血瘀之象。瘀阻冲任，在妇女可见闭经、痛经。气虚无力升举，故脉沉而无力；瘀阻脉道不利，故脉涩。

5. **阴虚脉络痹阻证**

[临床表现] 肌肉关节疼痛，夜间痛甚，多呈刺痛或痛有定处，局部肿胀，形体瘦削，低热，骨蒸盗汗，手足心热，舌质紫暗或有瘀斑瘀点，苔少或见花剥，脉沉细或细涩略数。

[辨证分析] 形体瘦削，低热骨蒸，盗汗，手足心热，俱为阴虚之象。既可由于患者素体阴虚，亦可由于久病伤阴而致。肌肉关节疼痛，夜间痛甚，多呈刺痛或痛有定处，局部肿胀，皆由瘀阻脉络所致。舌质紫暗或有瘀斑瘀点，为血瘀内阻之征。舌上少苔或见花剥，为阴虚之象。脉细，是瘀血痹阻脉络所致。脉数，为阴虚生热所致。

6. **湿热脉络痹阻证**

[临床表现] 素嗜肥甘厚味，形体丰腴，肢体浮肿，按之没指，沿血管走向出现水泡样红肿结节，疼痛拒按，舌红胖肿大，污浊晦暗，苔黄厚垢腻，脉濡数。

[辨证分析] 患者素嗜肥甘，致令体形丰腴。肥甘过盛，化生湿热痰浊，滋蔓毒素，影响血气流通，血凝沉积，损伤脉络管壁，引起肢体浮肿，按之没指，与阳虚水肿病机自是不同。湿热毒邪，与受损脉络蕴结，故沿血管走向出现水泡样红肿结节，疼痛拒按。舌红胖肿大，污浊晦暗，苔黄厚垢腻，脉濡数，均为湿热蕴蓄之象。

第四节　治　疗

一、西医西药治疗

急性期应卧床休息，去除感染病灶，避免应用致敏药物。糖皮质激素为首选药。强的松剂量为每日每千克体重 1mg，2 个月后减量。配合非甾体类抗炎药物（如消炎痛）有控制症状之作用。环磷酰胺有非特异性消炎和抑制吞噬细胞的吞噬作用，对动脉炎很有效，每日量按每千克体重 1～2mg 计算，口服或静注，一般应用两周后可见症状逐步被控制。在应用过程中，应注意骨髓抑制、肝脏损害、胃肠道反应、出血性膀胱炎、卵巢损害等毒性反应。

近年来，临床常采用小剂量强的松和环磷酰胺合用，可收同样效应而毒性反应减少。一般用糖皮质激素治疗 1 个月无效时加用环磷酰胺每日每千克体重 2mg，缓解后减量维持。激素至少使用 1 年。有资料调查表明，未经糖皮质激素治疗的多系统受累的患者，多在 1 年内死亡。但本病有自行缓解的可能，应用糖皮质激素治疗的多系统受累的患者，其 5 年的存活率为 50%，若用糖皮质激素和环磷酰胺联合治疗，其 5 年的存活率可达 80%～90%。有感染时使用抗生素，心、肾等脏器受累时可采用对症治疗，如有急腹症则应手术治疗。内脏器官受累患者比仅有皮肤和关节受累患者的治疗效果差。有肾脏受累及高血压的患者，其预后差。如有快速进行性肾炎，或消化道出血及穿孔，或中枢神经系出血，则常致死。

二、中医中药治疗

（一）辨证论治

1. 热毒脉络痹阻证

[治法] 清热解毒，活血通络。

[方药] 四妙勇安汤合桃红四物汤加减。

玄参 30 克，当归 30 克，金银花 30 克，生甘草 15 克，桃仁 9 克，红花 6 克，赤芍 15 克，生地 15 克，丹参 15 克，桂枝 6 克，栀子 12 克，升麻 6 克。

[加减] 肢体疼痛剧烈，加乳香、没药；胁痛、腹胀、脘痛或有黄疸者，加柴胡、半夏、黄连、茵陈，去升麻、桂枝。

[分析] 热毒壅阻脉络，气血不通，瘀滞为患，故宜重剂清热解毒配以活血化瘀之品。方中玄参、金银花、栀子、升麻清热解毒，当归、生地、赤芍、丹参、桃仁、红花活血化瘀，反佐桂枝温通血脉，再配生甘草既能清热解毒，又能调和诸药。合之共奏清热解毒、活血通络之功。

2. 痰瘀脉络痹阻证

[治法] 利湿化痰，活血通络。

[方药] 二陈汤合桃红四物汤加减。

法半夏 10 克，橘红 10 克，茯苓 10 克，枳实 10 克，浙贝母 12 克，白芥子 10 克，桃仁 10 克，红花 6 克，当归 12 克，赤芍 12 克，川芎 10 克，穿山甲 6 克。

[加减] 皮下结节，加制南星；疼痛不止，加白花蛇、蜈蚣、土鳖虫；神疲乏力、面色不华，去穿山甲，加黄芪、党参；四末冷、畏寒，加桂枝、附子、细辛；久病不已、痰瘀化热，加忍冬藤、土茯苓、连翘、白薇、桑枝、黄柏之类；久痛不止，合控涎丸（大戟、芫花、白芥子）。

[分析] 痰瘀互结，痹阻脉络，非化痰不足以治瘀，非行瘀不足以化痰，方中二陈汤加浙贝母、白芥子以化痰散结，桃红四物汤加穿山甲以活血通络。全方作用甚强。若久痛不止，又当合控涎丹以加强祛痰开结之力。正气亏虚，必加参、芪固护正气，方无伤正之弊。

3. 血瘀脉络痹阻证

[治法] 活血化瘀，通络止痛。

[方药] 血府逐瘀汤加减。

当归 15 克，赤芍 15 克，川芎 10 克，生地黄 15 克，桃仁 10 克，红花 6 克，柴胡 10 克，川牛膝 15 克，桔梗 10 克，枳实 10 克，甘草 5 克。

[加减] 伴热毒内结加金银花、蒲公英、姜黄、大黄；痛甚，加乳香、没药。

[分析] 方中当归、川芎、赤芍、生地、桃仁、红花、川牛膝活血化瘀；柴胡、枳壳、桔梗升降气机，气机畅达则血行通利。全方共奏血行气畅之功，有通络止痛之效。

4. 气虚脉络痹阻证

[治法] 益气活血，通络宣痹。

[方药] 补阳还五汤加味。

黄芪 60～180 克，当归 15～30 克，赤芍 15 克，川芎 6 克，桃仁 10 克，红花 6 克，地龙 15 克，穿山甲 5 克（炮）。

[加减] 局部出现硬结加半夏 10 克，白芥子 15 克，浙贝母 12 克；妇女伴痛经者，加制香附 10 克，生蒲黄 10 克（包煎），五灵脂 6 克。

[分析] 气虚不能推动血行，为本证主因，故重用黄芪为君，一般从 60 克开始，逐渐递增至 180 克；瘀血痹阻，故用当归、川芎、赤芍、桃仁、红花活血化瘀；痹阻脉络，故用地龙以通络，更加甲珠，借其穿透之力，以引诸药直达病所。

5. **阴虚脉络痹阻证**

[治法] 养阴润燥，活血通络。

[方药] 补阴汤加减。

生地 15 克，熟地 15 克，元参 30 克，麦冬 30 克，白芍 30 克，丹皮 12 克，沙参 15 克，地骨皮 15 克，天门冬 15 克，桃仁 10 克，土鳖虫 15 克。

[加减] 局部肿胀加鳖甲 15 克，赤芍 15 克；骨蒸盗汗，加青蒿 15 克，银柴胡 10 克。

[分析] 方中二地、二冬、玄参、沙参均为润燥养阴之品；白芍、丹皮、地骨皮养阴清虚热；桃仁、土鳖虫活血破瘀。阴复则脉络得养，血活则脉痹可通。

6. **湿热脉络痹阻证**

[治法] 清热化湿，解毒行瘀。

[方药] 清化行瘀汤（经验方）。

大青叶 30 克，红藤 30 克，金银花 60 克，土茯苓 30 克，黄柏 15 克，赤小豆 30 克，茵陈 30 克，川牛膝 15 克，水蛭 30 克，穿山甲 3 克（炮）。

[加减] 沿血管走向出现青紫结节，乍冷乍热，疼痛时轻时重者，加丹参 30 克，另用血竭 4 克，研细末，装入空心胶囊，用药汤送服。

[分析] 方中金银花、大青叶、红藤、土茯苓清热解毒；黄柏苦寒清热燥湿；赤小豆、茵陈清热利湿；川牛膝、炮山甲、水蛭破瘀通脉。合之，共奏清热化湿、解毒行瘀之效。

（二）验方治疗

1. **清热解毒活血散结方**[1]

[组成] 赤芍、防风、黄柏、连翘各 10 克，紫花地丁、苦参、平地木、金钱草、北沙参、夏枯草、香附、鸡血藤、丹参各 15 克。

[用法] 水煎分 2 次服，日 1 剂。

[功用] 清热除湿解毒，理气通络，活血散结。

[疗效观察] 用本方治疗结节性多动脉炎 1 例，服 4 剂后疼痛减轻，结节缩小，数目减少，连服 40 余剂后，全身症状好转，下肢浮肿消退。共服 90 余剂，结节消失而痊愈。2 年后因腹泻口服痢特灵 12 片，结节复发，经用上药治疗，服 50 余剂又愈。

2. **加减血府逐瘀汤**[2]

[组成] 当归、桃仁、赤芍、姜黄、银柴胡、制乳香、制没药、牛膝各 15 克，红花、川连各 10 克，生地 20 克，蒲公英 50 克，连翘 25 克，甘草 5 克。

[加减] 热毒已减但正气虚，加黄芪 50 克，川芎、地龙、桂枝各 10 克，元参 40 克，地丁草 25 克，去甘草、姜黄、牛膝，且原方各药物均给予减量；若药后结节仍存者，上方桂枝

量加大至 40 克，加附子 10 克，鸡血藤 50 克。

[用法] 水煎服，日 1 剂。

[功用] 行气活血，清热解毒，散结通脉。

[疗效观察] 用本方治疗结节性多动脉炎 1 例，初诊时辨证属热毒血瘀，服 27 剂后发热退、结节消退、痛势减轻；但下肢仍有结节，色粉红、质硬，血压测不出，右脉无。此属热毒虽减但正气已虚。上方加减继服 66 剂，结节仍有，加大桂枝量，并加附子、鸡血藤，又服 54 剂后，一切正常，恢复工作，随访 7 年余无复发。

三、中西医结合治疗

方法一[3]

[治疗方法]

西药以激素、止痛、补液、输血等治疗，中医以补肾益气、清热解毒、活血通络为主治疗。且根据脏腑受损情况随证加减。如膀胱湿热重者，酌加清利湿热药。同时配用针刺拔毒及拔毒酒蟾酥 9 克，阿魏 12 克，雄黄 13 克，藤黄 15 克，马勃 1 克，花椒木 15 克，加入 50% 酒精 300 毫升，浸泡 24 小时略加温外涂结节处。

[治疗结果]

用本法治疗结节性多动脉炎 4 例，在未用本法前，激素等西药治疗仅能使病情暂时缓解，且时常复发，症状加重。用本法治疗，效果满意，经治疗 63～305 天，基本痊愈，经随访 2～7 年未复发。

方法二[4]

激素合丹参注射液静滴治疗结节性多动脉炎重症 1 例。

该病例因发热、持续腹痛、左腰痛、血尿、血压增高、肾功能损害 20 余天入院。入院后首用强的松每日 40 毫克，分 4 次服；氢化可的松每日 100 毫克，静脉滴注 1 周，继以氢化可的松每日 300 毫克静脉滴注 2 周，剧烈疼痛稍减，并能耐受，体温下降，但有低热（37.5～37.7℃），血压下降至 130/90 毫米汞柱，非蛋白氮及尿素氮分别降至 55 毫克%、24 毫克%。第 4 周将氢化可的松静脉滴注改为强的松每日 40 毫克口服，全身痛立即加剧，难以忍受，血压升至 150/104 毫米汞柱，非蛋白氮及尿素氮分别升至 81 毫克%、24 毫克%。考虑为激素减量所致，第 2 天激素增至每日 60 毫克，剧痛即减。鉴于口服疗效不理想，于第 5 周改用地塞米松每日 10 毫克静脉滴注，此时患者感四肢及腰部疼痛，但能耐受。于用地塞米松的次日，以丹参针 16 毫升（每毫升含生药 1 克）加入 5% 葡萄糖液 500 毫升中静脉滴注，当即疼痛锐减，仅感腰痛，因出现荨麻疹而暂停，疼痛又如故。治疗第 6 周出现医源性肾上腺皮质机能亢进表现，且血压升至 170/100 毫米汞柱，遂将激素改为强的松每日 30 毫克，分 3 次口服，此时尿蛋白及血尿增多，考虑激素减量所致。但未用激素，试加丹参注射液每日 2 毫升，肌肉注射 1 周无效。第 7 周时改用每日静脉滴注丹参注射液 16 毫升，自静脉滴注起，疼痛霍然消失，继续静滴 17 天，在此期间强的松从每日 30 毫克减至每日 10 毫克，患者保持无疼痛，血压 130/90 毫米汞柱。于第 10 周时，因患者不愿静滴，改为每日 4 毫升，强的松从每日 10 毫克减至每日 5 毫克，遂又腰痛，血压升至 170/100 毫米汞柱。第 10 周末，又予丹参注射液静脉滴注，于第 2 天后停激素，症状逐渐缓解，继续静滴 16 日，疼痛消失，血压 120/80 毫

米汞柱，非蛋白氮 32 毫克%。病人于第 14 周出院，此时非蛋白氮 15 毫克%。出院后休息 1 月，未服任何药物，能胜任日常工作。3 年后随访无复发。表明本病用足量丹参治疗有效，具有改善肾功能、降低血压、缓解疼痛等作用。在静滴丹参时激素可顺利减量，且可防止反跳现象，缩短使用激素的时间，减少激素的副作用。

第五节　预　防

（1）饮食有节，多食用清淡低脂肪食物及蔬菜水果等。

（2）稳定情绪，避免精神刺激，保持心情舒畅。

（3）养成良好的起居作息习惯，改善客观环境，保持环境清洁，空气新鲜，温度适宜，杜绝外邪侵袭。

参考文献

[1] 李玉凯．中西医结合杂志　1986；6（7）：395

[2] 裴正学主编．中西医结合实用内科学．第一版．兰州：甘肃科学技术出版社，1995；736

[3] 卢君健主编．结缔组织病中西医诊治学．第一版．北京：人民卫生出版社，1992；507

[4] 罗亮丞，等．中医杂志　1982；（3）：27

第十一章　多发性大动脉炎

第一节　概　述

多发性大动脉炎（primary arteritis of the aorta and its main branches）为主动脉及其主要分支的慢性进行性非特异性炎变。以引起不同部位的狭窄或闭塞为主，少数患者因炎症破坏动脉的中层，而致动脉扩张或动脉瘤。因病变部位的不同，其临床表现也不同。病变位于主动脉弓及其分支者，称高安病或无脉病；在胸主动脉者，则表现所谓“不典型”先天性主动脉缩窄；在肾动脉可引起肾血管性高血压；有些患者合并肺动脉受累，可能产生肺动脉高压。本病为一种原因不明，具有系统性表现的疾病。以往所称的“主动脉弓综合征”、“不典型主动脉缩窄”、“慢性锁骨下动脉—颈动脉阻塞综合征”等，均指本病。本病多发于年轻女性，男女比例为1∶6～10，国内为1∶2.4。发病年龄为5～25岁，平均年龄约22岁。近年来本病有增多的趋势，对身体健康危害较大。多发性大动脉炎的治疗，由于病因不明，至今尚无特殊疗法。目前西医治疗，在急性活动期多用激素，但只能暂时控制病变活动；其他如抗炎治疗、免疫抑制剂的应用，血管扩张剂改善肢体或脑部供血、药物改善脑循环的应用，抗高血压以及手术治疗等，其疗效均欠理想。

中医文献中虽无与多发性大动脉炎相类似的病名。但根据其临床症状，如眩晕、头痛、视力减退、健忘、乏力、肢体麻木发凉、关节酸痛、脉象细涩或无脉等特点来看，此病可分属于中医“眩晕”、“虚损”、“脉痹”、“伏脉”等证候范畴。中医认为本病的病因病机主要为脏腑经脉气血阴阳失调及感受风寒湿热诸邪等因素，致使经脉气血运行不畅、血脉痹阻而致。在治疗上，目前主要根据其血脉不畅、血凝而不流的基本病变，以活血化瘀为主，辨证配合益气、养血、滋阴、温阳、祛风、散寒、除湿等法治疗。中西医结合治疗，辨病与辨证论治相结合，单方、验方相结合，中药与针灸相结合，内治、外治相结合，取得了较好疗效。在改善症状和体征、延缓病情的发展、巩固疗效、预防复发等方面，优于单用西药，值得临床进一步研究。

第二节　病因病理

一、西医病因病理

（一）病因

病因迄今尚不明确。可能与病毒感染与自身免疫、内分泌异常、遗传等因素有关。

1. **病毒感染**

病毒直接感染大动脉内膜，发生动脉内膜炎，使动脉管腔逐步狭窄，发生供血障碍。由于动脉炎所引起的动脉狭窄，进展缓慢，逐步产生侧枝循环代偿，因此不致造成肢体或脏器缺血坏死。近年来病毒感染增多，大动脉炎也随之增多，故认为大动脉炎的发生和病毒感染有关。

2. **自身免疫**

目前一般认为本病可能由于结核菌、链球菌、病毒或立克次体等感染后体内免疫过程所致。其证据为：血清抗主动脉抗体的滴度和抗体价均较其他疾病明显增高，其主动脉抗原位于动脉的中膜和外膜，血清免疫球蛋白示 IgG、IgA 和 IgM 均增高；血沉增快；丙种（r）球蛋白增高；“C”反应蛋白，抗链“O”异常；胶原病与本病合并存在；激素治疗有明显疗效。

3. **内分泌异常**

本病多见于年轻女性，故认为可能与内分泌因素有关。有人发现本病女性患者的雌激素排泄量较健康妇女明显增高。临床上，大剂量应用雌激素易损害血管壁。长期服用避孕药易发生血栓形成的并发症。在家兔实验中，长期应用雌性激素后可在主动脉及其主要分支产生类似大动脉炎的病理现象。故认为雌性激素分泌过多与本病的发病有关。

4. **遗传因素**

东方人发病较西方人多，不同种族，好发部位亦不同。有人发现在同一家族直系亲属中患有此病。故遗传因素可能亦起作用。

（二）病理

1. **慢性进行性全动脉炎**

本病为动脉壁各层有单核细胞浸润的节段性全动脉炎。早期变化见于外层和中层交界处或中层的外部有肉芽肿炎症，伴有淋巴细胞及浆细胞浸润，也可有多形核白细胞和多核巨细胞。血管壁中层肥厚，内膜增生，导致血管腔阻塞。当动脉炎症严重时，动脉中层内弹力纤维和平滑肌断裂，伴有坏死及纤维组织增生，内层显著增厚。狭窄部位常有血栓形成。炎性动脉壁可使动脉扩张或形成大小不等的动脉瘤，当破裂时可产生大出血。动脉内膜可呈动脉粥样硬化改变。

本病分为 3 种类型：①肉芽肿型；②弥漫增殖炎症型；③瘢痕化纤维症型，以说明其病变分期变化。各型的特征如下：①肉芽肿型：主要是从中外膜邻近部位直至中膜均有肉芽肿，此型主要是早期病变。②弥漫增殖炎症型：主要是不规则弥漫性增殖炎症侵及中膜的时期，伴有从滋养血管来的血管新生的结缔组织显著增殖，加上不同程度的淋巴细胞、浆细胞、组织细胞浸润，偶可见巨细胞出现。③瘢痕化纤维症型：此型主要是①、②两型病变的瘢痕化、纤维化的陈旧性病变。本型在尸检中发生率最高，发病的部位也最多，血管中层的固有结构丧失，弹力纤维紊乱和不规则状消失，此型几乎见不到炎症性的细胞反应。此外此型虽然在血管内膜已很少见到有中层的炎症性变化向内膜波及，然而由于引起血管中外膜炎症的再发性浮肿性纤维化，即所谓类粘性肿胀状态的发生，可使内膜肥厚。

2. **动脉侧枝循环**

主动脉弓分支受累时，头与上肢血液由降主动脉通过肋间动脉与膈动脉而至锁骨下动脉，通过胸背内动脉达椎动脉而获得供应。降主动脉及腹主动脉受累时血管远端的血液由锁骨下

动脉通过肋间动脉分支和肩胛部分支，分别与主动脉的肋间支吻合，通过胸廓内动脉分支与髂外动脉的腹壁动脉分支吻合而获得供应。

二、中医病因病机

本病的主要病因病机为外邪侵犯经脉及脏腑亏损等因素，致使经脉气血运行不畅，日久则血脉痹阻，其循行部位失于气血之温煦濡养所致。

（一）邪侵

主要为风寒湿热诸邪侵袭，尤其是寒邪为患。寒为阴邪，易伤阳气，其性凝敛而收引，寒邪客于血脉，阻碍气血运行，气滞血瘀，营卫失和，故可出现肢体乏力，不耐疲劳，麻木、疼痛、发凉，甚或挛急，屈伸不利，脉不出或伏细微涩等。因于热者，或感受热毒之邪，或风寒湿邪郁久化热，以致热毒阻于脉络，除有发热口渴外，可见肢体酸痛，关节红肿、疼痛及皮肤红斑，舌红苔黄腻，脉细滑数或伏而不出等；也有郁热极深，反见假寒之象，脉涩滞之甚，似伏而非伏；热部日久，耗阴伤津，则可出现发热、口干、午后潮热、盗汗，舌红少苔，脉细数或伏等阴虚内热之象。

（二）脏腑亏损

本病虽可具体定位在脉，“脉为血之府”，但气、血、脉与脏腑密切相关。心主血脉，肺主气而朝百脉，肝藏血而主筋脉，脾胃化生气血而主肌肉四肢，肾为一身元气之本、十二经脉之根。若先天禀赋不足，后天失于调养，则脏腑亏损、气血不足、阴阳失调，以致气血运行不畅，甚则血脉痹阻，气血不能温煦濡养周身而诸证悉出，目失所养则视力减退，视物模糊等；脑失所养则眩晕、头痛、记忆力减退、甚则昏厥等；四肢失所养则疲劳、关节酸痛、肌肤发凉麻木，并可有间歇性跛行；心失所养则胸闷胸痛，气短乏力，动则益甚等；肺失所养则咳嗽、气喘、咯血等；肾失所养则腰酸耳鸣、面浮肢肿等。

总之，脏腑亏损为内因，为病之本；外邪侵袭为外因，为病之标。内、外因相互影响，互为因果，促使本病的发生、发展和转化。

第三节 诊 断

一、辨病·西医诊断

（一）临床分型

根据主动脉炎症部位不同，1977 年 Lupi－Herrera，E 将本病分为 4 种类型：

第 I 型（Shimizu－Sano） 病变主要位于主动脉弓及其分支；

第 II 型（Kimoto 变异型） 又称为非典型主动脉缩窄症，病变主要在胸降主动脉及腹主动脉，主动脉弓无病变。

第 III 型（或称混合型） 有第 I 型和第 II 型的病变特点。

第Ⅳ型　具有第Ⅰ、Ⅱ或第Ⅲ型病变特点加上肺动脉病变。

国内分类：将第Ⅰ型称为头臂动脉型或主动脉弓型，第Ⅱ型称为主动脉型或肾动脉型，第Ⅲ型及第Ⅵ型合并总称之为混合型或广泛型，总共分为3型。

（二）症状与体征

本病临床表现多种多样，由于血管阻塞的部位或范围及血管阻塞的程度不同，症状与体征常轻重不一。本病多数发展缓慢，少数病人可自行缓解。

1. **全身表现**

本病在活动期常有发热、疲劳、心悸、盗汗、厌食、体重减轻。受累动脉的部位有疼痛，或有关节痛及关节炎。也可有类似风湿性关节炎的表现，有时可出现结节性红斑、硬红斑及雷诺氏现象。当动脉发生阻塞时，系统症状则可缓解。

2. **血管受损表现**

根据血管病损部位的不同，可有不同部位的缺血表现。

Ⅰ型：①颈总、椎动脉病变可引起头昏、眩晕、头痛、记忆力下降、发作性昏厥、偏瘫、昏迷。少数病人表现牙齿脱落、咀嚼无力、失明、颈动脉窦综合征等。②无名动脉或锁骨下动脉病变，出现上肢供血不足，如单侧或双侧上肢无力、发凉或麻痛、肌肉萎缩、上肢无脉症。在狭窄处可听到收缩期或连续性血管杂音，有时伴震颤。当锁骨下动脉近端或无名动脉完全闭塞时，患侧椎动脉血液通过侧枝返流至手臂，而使脑缺血；当上臂活动时，要求侧枝供应更多的血液，便出现阵阵眩晕或其他中枢神经系统缺血的症状，称为锁骨下动脉窃血综合征。Ⅱ型：使狭窄或闭塞的下段出现供血不足，出现下肢麻木、发凉、疼痛、易疲劳，可有间歇性跛行。体检可见下肢脉搏搏动减弱或消失，下肢血压降低，上肢血压增高，肠功能紊乱，甚至肠梗塞，在背、腹部可听到收缩期杂音。累及肾动脉开口或其近端的主动脉段则呈现严重持久的血压升高，上下肢血压均高，可有左心室肥大及左心衰竭的表现，在肾区及上腹部可听到杂音，高血压眼底表现。此型也可有肺动脉受累。Ⅲ型：本型多数先有上述其中一型的表现，随着病变的发展与加重而进展成混合型。其中肾动脉受累较多，为此多数有明显高血压表现。如累及冠状动脉，可有心绞痛及心肌梗塞。升主动脉受累可有主动脉瓣关闭不全。如肺动脉受累，可有肺动脉高压及肺动脉狭窄。关于多发性大动脉炎动脉病变部位发生率（见表2—11—1）。

表2—11—1　多发性大动脉炎动脉病变部位[1]

动　脉	右	左	两侧	%	动　脉	右	左	两侧	%
升主动脉及动脉弓	—	—	—	27%	肺	10	4	2 (16)	14%
降主动脉				67%	脾	—	—	—	2%
锁骨下动脉	14	27	50 (91)	85%	肠系膜				14%
颈动脉	8	20	20 (48)	44%	肾动脉	19	17	31 (67)	62%
脑分支主干				15%	髂动脉	1	6	11 (18)	16%
冠状动脉	2	8	(10)	9%	股动脉	1	2	1 (4)	3%
椎动脉	9	5	7 (2)	19%	臂动脉	2	1	2 (5)	4%
					(肱)胫骨动脉	2	1	2 (5)	4%

（三）实验室及其他检查

1. 血常规及血沉

可有轻度贫血，白细胞增多，活动期多数有血沉增快。

2. 生化学检查

约 1/3 的病人C-反应蛋白阳性，α_2、γ-球蛋白升高。

3. 免疫学检查

可有 IgA、IgM、IgG 升高，前两者较后者升高明显。在动脉炎活动期时，血清中有抗主动脉抗体。结核菌素试验可呈阳性。部分病人抗“O”升高。个别病人类风湿因子试验阳性。

4. 尿液检查

可有蛋白尿，肾功能轻度损伤。

5. X 线检查

选择性动脉造影，可见动脉狭窄、扩张及侧枝循环血管。

6. 血流图检查

在主动脉及其分支受累狭窄的病人，脑血流图检查显示脑血流量减少。多普勒超声检查，可见狭窄远端动脉搏动强度和血流量均减低。

7. 心电图

S—T 段和 T 波变化，左室肥大或伴劳损。

8. 眼底检查

上半身低血压病例的眼底变化由缺血和低血压引起，较有特征性，一般分为 4 期：①视网膜血管扩张期。有视网膜静脉扩张，直径粗细不一。②视网膜小血管瘤形成期。出现小动脉瘤，网膜出血、渗出。③视网膜血管吻合期。视神经乳头周围有花冠状动静脉吻合。④并发期。有虹膜萎缩、白内障、增殖性视网膜炎、继发性视网膜剥离。

多发性大动脉炎初诊时所见（见表 2—11—2）。

表 2—11—2 多发性大动脉炎初诊时所见[2]

项 目	%	项 目	%
脑循环障碍	65.3	贫血	47.4
眼症状	24.1	γ球蛋白增加	84.4
心脏症状	55.1	抗O↑	15.3
高血压	44.9	CRP 阳性	51.0
四肢循环障碍	72.7	RA 阳性	9.3
疼痛	37.5	梅毒血清反应阳性	1.8
全身症状	66.7	C 蛋白反应阳性	70.2
血沉增快	72.2	主动脉钙化	20.3
白细胞增多	35.6	心电图异常	43.9

（四）诊断要点

1. 诊断

根据病史及特殊体征，结合实验室检查及病理，本病可作出正确诊断。凡青年女性有下

列1种或1种以上表现者，应考虑本病或作出诊断。①上肢和/或下肢的单侧或双侧的肢体出现缺血症状，伴患肢动脉搏动减弱或消失、血压降低或不能测出血压者。②脑部缺血症状，伴有一侧或两侧颈动脉搏动减弱或消失，以及颈部动脉血管有杂音者。③上肢脉搏消失，伴有视力减退或有眼底病变改变者。④发热伴血管杂音，四肢脉搏异常者。⑤高血压，伴腹部或肾区血管杂音者。多发性大动脉炎诊断指南（见表2—11—3）。

表2—11—3　多发性大动脉炎诊断指南[2]

症状
(1) 头部缺血症状：眩晕（特别是仰头时），昏厥发作，视力障碍（特别是直射阳光下）
(2) 上肢缺血症状：手指冷感，上肢易疲劳感
(3) 主动脉或肾动脉狭窄症状：头痛、眩晕、呼吸急促、高血压等
(4) 全身症状：早期有低热
对诊断有助的重要征象
(1) 上肢脉搏异常（桡动脉的搏动减弱、消失或显著的左右差异）
(2) 下肢脉搏异常（大腿动脉搏动亢进或减弱）
(3) 颈、背、前胸、腹部等处的血管杂音
(4) 眼底异常及眼异常所见
实验室所见对诊断有参考价值的指标
①血沉增快　②C蛋白反应阳性　③γ球蛋白增加
诊断要点　①青年女性好发　②大动脉造影确定诊断

2. **鉴别诊断**

本病应于下列疾病鉴别：

(1) 动脉硬化性血管闭塞：多见于50岁以上的男性，病变在腹主动脉分叉及下肢较多，并有动脉硬化的其他临床表现，数字减影血管造影有助于鉴别诊断。

(2) 血栓闭塞性脉管炎：为周围血管受累，主要累及四肢中、小动脉和静脉，下肢较常见，好发于男性青壮年，多有吸烟史。

(3) 先天性主动脉缩窄：多见于男性，成人型缩窄位于左锁骨下动脉开口的靠近动脉导管的连接处，局部有血管杂音，发病时无全身性炎症活动表现（低热、血沉快），胸主动脉造影可证实。

(4) 结节性多动脉炎：有发热、血沉快及脉管炎表现，主要发生在内脏小动脉，与大动脉炎表现不同。

(5) 颈肋和前斜角肌综合征：青年女性多见，表现为上肢发凉、麻木、疼痛、皮色苍白或青紫，桡动脉搏动减弱或消失，可发生肢体营养障碍及坏疽。X光摄片可见颈肋存在，或提拉前斜角肌时症状加重。

二、辨证·中医诊断

(一) 辨证要点

1. **辨虚实**

本病病程长，症状复杂，病情多变，临证应抓住本虚标实的特点，分清主次，辨明虚实之孰轻孰重。标实为血脉不通，血瘀气滞，表现为肢体疼痛、麻木，动脉搏动减弱或消失，下肢可见间歇性跛行，舌紫暗或有瘀斑瘀点。本虚以脏腑亏损为主，属脾肾阳虚者，则伴面色㿠白，畏寒喜暖，肢体逆冷；属肝肾阴虚者，则伴低热，盗汗，心烦，口干，腰酸耳鸣；属气血两虚者，则伴神疲乏力，气短懒言，活动后加重。

2. **辨外邪性质**

属风寒湿痹阻者，则伴有发热，恶风寒，自汗，周身关节疼痛，肢体沉重；属风湿热痹阻者，则伴有发热，口渴欲饮，关节疼痛，得冷则减，遇热转剧。

（二）辨证分型

1. **风寒湿痹阻证**

[临床表现] 多见于初期，表现为发热，恶风寒，自汗，周身关节疼痛，肢体沉重乏力，舌苔薄白，脉细滑。

[辨证分析] 正气不足，营卫不和，风寒湿邪乘虚而入于脉络，痹阻于脉道，故见关节疼痛、肢体沉重乏力等症；卫阳不固，故自汗、恶风寒；邪正抗争则发热。

2. **风湿热痹阻证**

[临床表现] 发热，汗出，口渴欲饮，关节疼痛，得冷则减，遇热转剧，全身酸楚，疲乏无力，皮肤可见结节性红斑，苔薄，脉细滑数或伏而不出。

[辨证分析] 本证为感受风湿热邪，或风寒湿邪郁结化热而致。风湿热邪搏结于经络、关节，致气血壅滞不通、关节疼痛；得冷则热减，遇热则两热相加，故得冷则减，遇热加剧；热伤血络，血滞肌肤，则可见结节性红斑；热伤津液，故口渴喜饮；风热袭表，故发热、汗出。

3. **脾肾阳虚证**

[临床表现] 肢酸乏力，畏寒喜暖，肢体逆冷、麻木，或有间歇性跛行，面色㿠白，气短，纳呆，舌淡胖，苔白厚，脉象沉细或患侧脉微欲绝。

[辨证分析] 阳虚则外寒，故肢体逆冷；阳虚则血脉失其温养，故面色㿠白，肢酸乏力，麻木；阳虚则阴寒内生，血脉凝滞，故可见间歇性跛行；肾不纳气则气短；脾阳不振则纳呆；舌淡胖、苔白腻，脉沉细，为脾肾阳虚之象。

4. **肝肾阴虚证**

[临床表现] 患肢酸软，眩晕耳鸣，视力障碍，腰膝酸软，低热，心烦口干，失眠多梦，舌红少苔，脉沉细或无脉。

[辨证分析] 肾主骨生髓，腰为肾之府，肾虚则髓海不足、府失所养，故眩晕、腰膝酸软；肝开窍于目，肝肾不足，目失所养，故视力障碍；阴虚则内热，故见低热；虚火上扰，心神不宁，故见耳鸣、心烦、失眠多梦；阴液不能上承，故口干。

5. **气血两虚证**

[临床表现] 肢体麻本、发凉、酸痛，项背酸楚，面色不华，神疲乏力，气短懒言，活动后加重，舌质淡，脉细微或无脉。

[辨证分析] 气血亏虚，血脉不荣，四肢百骸失养，故见肢体麻木、发凉、酸痛；血虚面不华色，故面色少华；气虚则神疲乏力，气短懒言。

6. **气滞血瘀证**

[临床表现] 肢体疼痛、麻木，胸闷心痛，烦闷不安，舌质紫暗或有瘀点瘀斑，脉弦细或伏。

[辨证分析] 气滞血瘀，脉络不通，不通则痛，故肢体疼痛；肢体失于气血温养，故麻木；气滞血瘀，心脉不通，故胸闷心痛；血不养心，故烦闷不安；舌紫暗、脉弦细或伏为气滞血瘀之象。

第四节　治　疗

一、西医西药治疗

（一）皮质类固醇激素

该激素可使症状得到缓解。在活动期可用强的松，每次10mg，每日3～4次。口服至体温、血沉正常，局部疼痛好转，γ-球蛋白降低，可逐渐减量。以后给予最小维持量至停药，必要时亦可连用数年。

（二）免疫抑制剂

本病发病机理与自身免疫有关，按理可用免疫抑制剂，但临床使用副作用多，疗效不高，故应慎用。环磷酰胺每日1～4mg/kg，口服或静脉注射，病情稳定后停药。亦可与强的松配合小剂量应用。在用药过程中，注意骨髓抑制、肝脏损害及出血性膀胱炎等毒性反应。

（三）血管扩张药

①烟酸100mg，每日3次，口服；②盐酸妥拉苏林25mg，每日3～4次，口服，③盐酸罂粟碱30～60mg，每日3次，口服或皮下注射；④低分子后旋糖酐500ml，每日1次，静脉滴注。

（四）其他疗法和对症治疗

非甾体类抗炎剂、抗血小板凝聚剂应用有一定作用，但不能代替激素，可作辅助治疗。高血压者应降压治疗。强心、利尿、抗痨以及胶原病治疗视病情而定。其他药物如维生素B_1及B_2，也可应用。在经期不用雌激素。近年钙拮抗剂硝苯吡啶用之较多，可以解除动脉痉挛、扩张血管，改善脉搏和血压；有高血压时可以降压治疗。

（五）外科治疗

狭窄动脉扩张成形术，切除狭窄动脉，用人造血管替代修补，斑块切除等治疗。一般无特殊体征不进行外科手术治疗。手术指征为：①肾血管性高血压，经血管造影证实有肾动脉狭窄者；②两侧颈动脉阻塞，视力减退明显，有失明危险者；③颈动脉窦反射亢进引起反复晕厥发作者；④胸或腹主动脉严重狭窄者。

二、中医中药治疗

（一）辨证论治

1. 风寒湿痹阻证

[治法] 扶正祛邪，调和营卫。

[方药] 黄芪桂枝五物汤加味。

黄芪15～30克，芍药9克，桂枝9克，当归10克，川芎10克，鸡血藤20克，防风9克，秦艽12克，生姜15克，大枣6枚。

[加减] 上肢软倍加桂枝；下肢软加牛膝；阳虚肢冷加附子；筋挛、麻痹较甚加地龙、蕲蛇；有结节性红斑者加桃仁、炮山甲。

[分析] 方中黄芪益气固卫；芍药调血养营；桂枝温经通阳，助芪、芍达表而运行气血；生姜宣发其气，气行则血不滞而痹除；大枣益脾、调营卫；当归、鸡血藤养血活血通络；川芎理气活血；防风、秦艽祛风胜湿，活络止痛。合而为剂，扶正祛邪，调和营卫。

2. 风湿热痹阻证

[治法] 清热解毒，宣痹通络。

[方药] 四妙勇安汤加减。

玄参30克，银花藤30克，当归30克，生甘草15克，丹参30克，鸡血藤20克，桑枝20克，赤芍12克，地龙10克，红花10克。

[加减] 病在上肢加片姜黄；病在下肢加川牛膝；热象明显者酌加生石膏、知母、连翘、黄柏；热邪伤阴明显加生地、石斛；疼痛剧烈加乳香、没药。

[分析] 方中银花藤清热解毒，宣散风热，善清经络中风湿热邪而止疼痛；玄参凉血滋阴，清热解毒；当归、丹参、鸡血藤养血活血通络；桑枝祛风清热通络；赤芍清热凉血活血；红花、地龙活血通经，散瘀止痛；生甘草和中解毒。诸药合用，共奏清热解毒、宣痹通络之功。

3. 脾肾阳虚证

[治法] 温补脾肾，通经活络。

[方药] 阳和汤加减。

熟地30克，鹿角胶9克，白芥子6克，炮姜炭、生麻黄各1.5克，肉桂、生甘草各3克，制附子6克，鸡血藤30克。

[加减] 血瘀明显者加丹参、桃仁、红花、川芎；下肢浮肿加益母草、冬瓜皮。

[分析] 方中重用熟地大补阴血；鹿角胶补肾阳、益精血；附子、肉桂、炮姜温补脾肾，散寒通脉；鸡血藤养血活血通络；麻黄、白芥子协助附、姜、桂以散寒化滞；且熟地、鹿角胶性皆滋腻，得附、姜、桂、麻、芥之宣通，则补而不滞，有相辅相成之效；甘草解毒，调和诸药。诸药合用，共奏温补脾肾、散寒化滞、通经活络之功。

4. 肝肾阴虚证

[治法] 滋补肝肾，兼以清虚热、活血通经。

[方药] 杞菊地黄汤加减。

熟地24克，山萸肉12克，炒山药12克，丹皮9克，茯苓9克，泽泻9克，枸杞子12克，

菊花 9 克，女贞子 12 克，牛膝 12 克，丹参 20 克，当归 9 克，青葙子 9 克。

[加减] 虚热明显者加知母、黄柏；坏死、溃疡日久不敛加鹿角胶、白蔹、地骨皮；兼气虚加党参、黄精。

[分析] 方中熟地滋阴补肾，填精益髓；山萸肉补益肝肾，收敛精气；枸杞子、女贞子补肾益阴，养肝明目；山药补脾益阴，固肾涩精；茯苓健脾渗湿，宁心安神；泽泻泻肾火；丹皮泻肝火；菊花、青葙子清肝明目；牛膝补肝肾，活血通经，导热下泄；丹参、当归补血活血。合而为剂，共奏滋补肝肾，兼以清虚热、通经活血之功。

5. **气血两虚证**

[治法] 大补气血，活血通络。

[方药] 顾步汤加减。

人参 9 克，熟地 12 克，当归 12 克，黄芪 15 克，牛膝 12 克，石斛 6 克，丹参 20 克，赤芍 12 克，鸡血藤 20 克。

[加减] 气虚甚者重用人参、黄芪；血虚甚者重用熟地、当归；血瘀明显者重用丹参、赤芍，加川芎、地龙。

[分析] 方中人参、黄芪大补元气；熟地、当归补益阴血，使气血旺盛，经脉通畅，则筋脉得以温养而肢麻、冷痛自除；牛膝、赤芍活血行瘀；丹参、鸡血藤养血活血通络；石斛补虚生津。诸药合用，俾气血充足，血脉流畅，则诸症悉除。

6. **气滞血瘀证**

[治法] 理气活血。

[方药] 桃红饮加减。

桃仁 12 克，红花 10 克，威灵仙 12 克，川芎 12 克，当归 12 克，降香 10 克，郁金 10 克，桑枝 15 克，路路通 15 克，牛膝 15 克。

[加减] 气滞较重者加香附、青皮；血瘀较重者加三棱、莪术；结节不散者加甲珠、土贝母；肤下瘀滞化热、有坏死溃疡者加草河车、夏枯草、忍冬藤。

[分析] 方中桃仁、红花、当归、牛膝活血祛瘀，通经止痛；川芎、郁金、降香活血行气；威灵仙、桑枝、路路通通络止痛。

（二）验方治疗

1. **四妙勇安汤加减方**[3]

[组成] 银花藤 45～60 克，玄参 20～25 克，当归 20～30 克，丹参、薏苡仁各 30 克，川芎 10～15 克，赤芍、海风藤（或络石藤）各 15 克，桃仁、甘草各 12 克，红花 9 克，桂枝 9～12 克。

[加减] 下肢无脉者加川牛膝（或再加地鳖虫）；胸闷气短者加厚朴、土茯苓；脾肾两虚者加仙灵脾、生黄芪、桑寄生；偏阳虚者加附子；偏阴虚者加生地、熟地、何首乌；心虚寐差者加柏子仁、酸枣仁；肾虚肝旺者加桑寄生、仙灵脾、天麻、石决明。

[用法] 水煎服，每日 1 剂。

[功用] 滋阴清热解毒，养血活血通络。

[疗效观察] 用本方治疗多发性大动脉炎 6 例（头臂动脉型 4 例，胸腹主动脉兼肾动脉狭窄性高血压 2 例），结果：临床缓解 3 例，好转 2 例，无效 1 例。

2. **补阳还五汤加味方**[4]

[组成] 炙黄芪 60 克，桃仁、当归尾、焦白术、赤芍、广地龙、毛冬青、紫丹参、鸡血藤各 9 克，炙甘草 3 克，川芎 6 克。

[用法] 水煎服，每日 1 剂。

[功用] 益气养血，活血通络。

[疗效观察] 用本方治疗多发性大动脉炎 6 例，临床痊愈 3 例，明显改善 2 例，有所改善（症状明显减少，血压可测出，但较低，脉搏可触及，但较弱）1 例。

3. **益气活血方**[5]

[组成] 生黄芪 60 克，党参、丹参各 30 克，桂枝 15～20 克，牛膝 20 克，银杏叶 9 克，仙灵脾、麦门冬各 24 克。

[加减] 气虚甚者党参易红参；血瘀甚者加苏木、刘寄奴；肾阳亏损加附子、肉苁蓉、鹿角胶；气滞加陈皮、佛手；病情重、病变广泛的患者配用川芎嗪 100～150 毫克加入 5％葡萄糖注射液中，静脉滴注，日 1 次，20 次为 1 疗程，疗程间隔 5 日，用 1～3 个疗程。

[用法] 水煎服，日 1 剂。同时配服大黄䗪虫丸 3 克，日 2 次。

[功用] 益气活血通脉。

[疗效观察] 用益气活血方治疗多发性大动脉炎 70 例，其中无脉者 54 例，治疗后复脉者 43 例，复脉率为 79.63％。显效（症状消除，体征改善，如脉搏从无到有，或血压可以测出，物理学检查如血流图、血管造影、超声显像等显著改善）48 例，有效（症状改善或消失，无脉征仍存在，物理学检查有改善）21 例，无效（症状、体征和物理学检查均未好转或恶化）1 例。总有效率为 98.57％。该作者认为，益气活血药具有改善血液流变学异常及微循环障碍，对抗纤维化等作用；川芎嗪能增加微动脉口径、流速和流量，又能增加毛细血管开放数；银杏叶有增加脑血流量，扩张肢体小动脉，增加血流量，又能对抗肾上腺素所致的兔耳血管收缩等作用。这可能是上述病例获效的药理学基础。

4. **房氏大动脉炎方**[6]

[组成] 方 1：生黄芪 18 克，党参 18 克，鸡血藤 18 克，元胡 18 克，石斛 18 克，沙参 15 克，当归尾 12 克，黑附子 10 克，肉桂 10 克，菖蒲 10 克，赤芍 10 克，红花 10 克，牛膝 10 克，甘草 10 克。方 2：紫贝齿 30 克，紫石英 30 克，生磁石 30 克，珍珠母 30 克，鸡血藤 25 克，元参 25 克，枸杞子 18 克，菊花 15 克，白芍 15 克，生地黄 15 克，牛膝 15 克，赤芍 10 克，当归尾 10 克，泽泻 10 克。

[用法] 水煎服，日 1 剂。气血双亏型以方 1 治之，阴虚阳亢型以方 2 治之。均临床随证加减。

[功用] 方 1：益气养血，温经散寒，活血通络。方 2：滋补肝肾，平肝潜阳，活血通络。

[疗效观察] 辨证选用上述两方治疗多发性大动脉炎 55 例（男 15 例，女 40 例，年龄最大 64 岁，最小 11 岁）。结果临床治愈（临床症状消失，寸口脉搏动恢复，血压可测出，血流图检查有相应改善，血沉或抗“O”恢复正常，能坚持全日工作）6 例，显效（主要症状明显减轻或消失，无发热，血沉或抗“O”恢复正常，但寸口脉或太溪脉仍不能扪及）24 例，好转（临床症状好转，但仍有血压偏高或肌肉萎缩，血沉或抗“O”接近正常，脉搏不能扪及）23 例，无效及中断治疗各 1 例。

5. **益气温阳活血通络方**[7]

[组成] 党参、太子参、黄芪、桂枝、干姜、细辛、丹参、当归、赤芍、红花、鸡血藤、络石藤。

[加减] 阳虚重用附子、肉桂；瘀血明显加用三棱、莪术。

[用法] 水煎服，日 1 剂。

[功用] 益气温阳，活血通络。适用于阳气虚衰、血瘀寒凝者。

[疗效观察] 用本方治疗多发性大动脉炎 4 例，结果显效（症状明显好转成基本消失，能按到脉、测到血压）2 例，有效（症状有所改善，脉象由双伏转为单伏或伏转微，血压能测到，但舒张压尚不清楚）1 例，无效 1 例（服药 64 天而未坚持）。

6. **滋阴清热活血通络方**[7]

[组成] 金银花、连翘、玉竹、生地黄、元参、麦门冬、丹参、川芎、桃仁、红花、鸡血藤、络石藤、威灵仙。

[加减] 热甚加大青叶、板蓝根；口渴咽燥加石斛、沙参。

[用法] 水煎服，日 1 剂。

[功用] 滋阴清热，活血通络。适用于阴虚内热、血脉瘀阻者。

[疗效观察] 用本方治疗多发性大动脉炎 4 例，结果均显效（自觉症状明显好转或基本消失，能按到脉、测到血压）。

7. **活血化瘀理气宣痹方**[7]

[组成] 丹参、川芎、桃仁、红花、当归、枳实、降香、鸡血藤、络石藤、威灵仙。

[加减] 瘀甚加乳香、没药、三棱、莪术、生蒲黄、五灵脂；心痛胸闷加瓜蒌、薤白；气虚加党参、黄芪。

[用法] 水煎服，日 1 剂。

[功用] 活血化瘀，理气宣痹。适用于气滞血瘀、脉络痹阻者。

[疗效观察] 用本方治疗多发性大动脉炎 1 例，获显效（症状明显好转或基本消失，能按到脉、测到血压）。

8. **溶栓丸**[8]

[组成] 溶栓丸 I 号：蜈蚣 20 条，党参 60 克，僵蚕 50 克，熟附子 30 克，炒穿山甲 35 克，水蛭 60 克，虻虫 20 克，地龙 50 克，生川乌 5 克，生草乌 5 克。溶栓丸 II 号：壁虎 50 克，蜈蚣 20 条，肉桂 20 克，党参 100 克，土鳖虫 50 克，炒穿山甲 30 克，鹿茸 20 克，熟地 50 克。

[用法] 以上两组药分别焙干为末，炼蜜为丸，每丸重 10 克。成人 1 次 1 丸，日 3 次。溶栓丸 I 号适用于体质较强和治愈后巩固疗效；溶栓丸 II 号适用于体质较弱、病程较长者。另外注意调节饮食，活动适量。

[加减] 偏气虚者，用黄芪、党参、白术、茯苓、当归，煎汤冲服溶栓丸；肾虚者，用何首乌、熟地黄、淮山药、制附子、肉桂、鹿角胶，煎汤与丸剂并用；偏脾胃虚者，同时服用香砂养胃丸；气郁者，同时服六郁汤。病在上肢加桂枝、羌活作为引经药；病在下肢加独活、牛膝作为引经药。

[功用] 溶栓丸 I 号：益气温阳，温经散寒，活血通脉。溶栓丸 II 号：温补肾阳，益气养血，活血通脉。

[疗效观察] 用本方治疗多发性大动脉炎 10 例，结果临床治愈（血压、脉搏恢复正常，症状消失，半年内不复发，血流图测定均在正常范围内）6 例，显效（血压、脉搏接近正常，病

发于上肢者血压不低于 14.63/7.98kPa，病发于下肢者不低于 15.96/8.31kPa，自觉症状消失，血流图检查接近正常）2 例，有效（血压、脉搏有所恢复，但距正常较远，自觉症状基本消失，血流图显示好转）2 例。本组病例治疗 1 个月者 1 例，3 个月者 2 例，6 个月者 6 例，2 年者 1 例。

9. **陈氏大动脉炎方**[9]

（1）新加四妙四物汤

[组成] 金银花 30 克，连翘 30 克，黄柏 20 克，苍术 20 克，牛膝 30 克，薏苡仁 30 克，桃仁 15 克，红花 15 克，川芎 30 克，赤芍 25 克，鸡血藤 50 克。

[用法] 水煎服，日 1 剂。

[功用] 清热除湿，活血通络。适用于湿热阻络证候之多发性大动脉炎。

（2）新加黄芪桂枝五物汤

[组成] 黄芪 50 克，桂枝 50 克，赤芍 30 克，川芎 15 克，百合 30 克，丹参 50 克，鸡血藤 50 克，党参 30 克，大枣 10 枚。

[用法] 水煎服，日 1 剂。

[功用] 补气养心，活血通络。适用于心脾两虚、瘀血阻络证候之多发性大动脉炎。

（3）新加桂附八味合阳和汤

[组成] 山萸肉 15 克，熟地 15 克，山药 25 克，川断 15 克，桑寄生 15 克，鹿角霜 25 克，黄芪 25 克，党参 15 克，白芍 25 克，杜仲 15 克，何首乌 15 克，肉桂 15 克，桃仁泥 15 克，红花 15 克，鸡血藤 25 克，白术 15 克，白芥子 15 克。

[用法] 水煎服，日 1 剂。

[功用] 温补脾肾，活血化瘀。适用于脾肾阳虚、寒凝血瘀证候之多发性大动脉炎。

（4）新加天麻钩藤饮

[组成] 天麻 15 克，钩藤 25 克，生龙骨 25 克，生牡蛎 25 克，牛膝 15 克，川芎 15 克，生石决明 25 克，菊花 15 克，夏枯草 15 克，丹参 15 克，赤芍 25 克，桃仁 15 克，红花 15 克，川楝子 15 克，木香 15 克，郁金 15 克，鸡血藤 25 克。

[用法] 水煎服，日 1 剂。

[功用] 滋补肝肾，祛风化痰，活血通络。适用于肝肾阴虚、风痰阻络证型之多发性大动脉炎。

[疗效观察] 辨证选用上述 4 方治疗多发性大动脉炎 63 例（湿热阻络证候 11 例，心脾两虚、瘀血阻络证候 8 例，脾肾阳虚、瘀血阻络证候 13 例，肝肾阴虚、风痰阻络证候 31 例），结果治愈（症状消失，血压脉搏恢复正常）11 例，占 17.5%；显著好转（症状明显减轻，脉搏从无到有，或由弱变强，患者肢体血压低者，收缩压、舒张压升高 2.66kPa 以上，肾动脉缺血所致血压高者血压下降 2.66kPa 以上）20 例，占 31.8%；好转（症状稍有好转，脉搏从无到有或由弱变强，患者肢体血压低者，血压升高在 2.66kPa 以下，肾动脉缺血所致高血压者血压下降在 2.66kPa 以内）28 例，占 44.4%；无效（症状、体征均无变化）4 例，占 6.6%。总有效率为 93.7%。湿热阻络型疗效最好；肝肾阴虚、风痰阻络型疗效最差。有的患者用低分子右旋糖酐注射液加丹参注射液静脉滴注 2 周，有助临床症状改善。

10. **回阳三建汤**[10]

[组成] 制附子、当归、白芍、丹参、苍术、茯苓、川芎、鸡血藤、枸杞、陈皮、川朴、

独活、木香等。

[用法] 水煎服，日 1 剂。方中附子须久煎，当归、丹参、白芍可渐增至 50 克。

[功用] 补益肝肾，健脾祛湿，理气活血，回阳复脉。

[疗效观察] 用本方治疗多发性大动脉炎 2 例，均临床治愈。

11. **温阳活血兼育阴潜阳方**[10]

[组成] 附块、肉桂、党参、菟丝子、山萸肉、太子参、炙甘草、当归、川芎、红花、淮山药、元参、桃仁、丹参、沙参、麦冬、磁石、紫石英、白芍、香附、干姜、五味子、细辛、黄芪。

[加减] 按阳气亏损、气血两虚、气滞血瘀、寒凝血瘀等辨证选用上述药物。

[用法] 水煎服，日 1 剂。

[功用] 益气温阳，活血通脉，兼滋阴潜阳。

[疗效观察] 用上述基本方辨证加减治疗多发性大动脉炎 3 例，均获显效。

12. **活血化瘀通络方**[10]

[组成] 银花藤 45 克，元参 25 克，当归 20 克，丹参 30 克，薏苡仁 30 克，川芎 15 克，赤芍 15 克，海风藤 15 克，桃仁 12 克，甘草 12 克，红花 9 克，桂枝 9 克。

[加减] 下肢无脉者加牛膝；胸闷气短者加厚朴、土茯苓；失眠者加酸枣仁、柏子仁等。

[用法] 水煎服，日 1 剂。

[功用] 活血化瘀，祛风胜湿，通经活络。

[疗效观察] 用本方治疗多发性大动脉炎 6 例，结果缓解 3 例，好转 2 例，无效 1 例。

13. **加味当归四逆汤**[10]

[组成] 当归 9 克，桂枝 9 克，白芍 9 克，木通 3 克，细辛 3 克，桑枝 30 克，生姜 3 克，大枣 4 克。

[加减] 服上方 25 剂后，加鸡血藤 30 克、忍冬藤 30 克、青风藤 15 克、益母草 15 克、生地 9 克、丹皮 9 克，服 50 剂后，再加杞菊地黄丸等善后。

[用法] 水煎服，日 1 剂。杞菊地黄丸用白开水冲服。

[功用] 温经通脉，养血通络。

[疗效观察] 用本方治 1 例多发性大动脉炎，获临床治愈。

14. **加味桂枝汤合穴位敷贴方**[11]

[组成] 内服汤剂：桂枝 15 克，白芍 10 克，大枣 7 枚，炮姜 6 克，炙甘草 6 克，鸡血藤 15 克，生薏苡仁 15 克，冬瓜子 15 克，黄芪 15 克，焦山楂 10 克，炒麦芽 10 克，炒神曲 10 克。穴位敷贴药：丁桂散（丁香、肉桂各等份，研末为散）。

[加减] 服汤剂 14 剂后，加郁金 9 克、丹参 15 克、穿山甲 5 克。

[用法] 内服汤剂：水煎服，日 1 剂。女性病月经来前改服桃红四物汤合失笑散，日 1 剂，共 8 剂。穴位敷贴：取足三里、关元、三阴交、膻中及颈动脉、股动脉血管杂音区，每次选取 2 个穴位（足三里配关元，三阴交配膻中或中脘，交替配血管杂音区）用丁桂散敷贴，用伤湿止痛膏固定，敷贴前梅花针叩击，贴后艾条灸半小时，24 小时后去伤湿止痛膏及丁桂散，隔日 1 次。

[功用] 温经通阳，益气养血，活血通络。

[疗效观察] 用本方治疗 1 例女性多发性大动脉炎患者，中医辨证为阳虚血瘀、脉络痹阻，

服 14 剂后诸症减轻，60 余剂后病情显著好转。后用丁桂散穴位敷贴，经 80 次治疗，基本痊愈。

（三）单味药治疗

大蒜[12]

[药理] 含挥发油。油中主要成分为大蒜辣素，系新鲜大蒜中所含大蒜氨酸，经大蒜酶分解产生。尚含蒜制菌素、大蒜新素。其药理作用为抗菌、抗肿瘤、降血脂、降低血液凝固性、使纤维蛋白溶解活性升高、抑制动脉粥样斑块、降血压。对巨噬细胞的吞噬机能及淋巴细胞转化率、玫瑰花结反应有明显促进作用，因此对免疫功能有激活作用。尚能明显地抑制 ADP、肾上腺和胶原对血小板凝集的增强作用。

[用法] 提取大蒜素，制成大蒜素注射液。每日 60mg，静脉点滴。

[疗效] 用大蒜素注射液治疗多发性大动脉炎 10 例，经 2～3 个疗程治疗，Doppler 及阻抗肢体血流测定明显改善，病人症状减轻。

（四）其他疗法

1. 针刺疗法

体针：上肢无脉症：主穴取内关、太渊、尺泽。配穴取曲池、合谷、通里、肩井、手三里。手法：强刺激，每日 1 次，每次留针 30 分钟。下肢无脉症：取穴足三里、三阴交、太冲、太溪。手法：强刺激，每日 1 次，每次留针 30 分钟。

耳针：取热穴（位于对耳轮上端，上下角交叉处稍下方）、交感、心、肾、皮质下、内分泌、肾上腺、肺、肝、脾。方法：每次选穴 3～5 穴，留针 30 分钟，间隔 5 分钟捻转 1 次。

头针：取血管舒缓区、运动区（上肢和下肢部分），每日针 1 次，每次留针 30 分钟。

电针：上肢取肩髃透极泉、肘髎、外关透内关、合谷。下肢取髀关、血海、足三里或阳陵泉。用低频、疏密微波，每次 20～30 分钟，每日 1 次，1 月为 1 疗程。

水针：穴位注射 10%当归注射液，取膈俞、手三里、血海、三阴交，左右交替注射，每日 1 次，每穴 2ml。或穴位注射 10%红花注射液，取手三里、足三里或血海，每穴 1ml，每日 1 次。

2. 食疗

（1）附片生姜当归羊肉汤：附片 10 克，生姜 30 克，当归 15～30 克，羊肉 250 克。将附片洗净，生姜切片，羊肉剔除肥油及筋头切小块，加水适量，炖 2 小时左右，适当调味，吃肉喝汤，每次 1 小碗。方中附片温肾助阳，逐寒止痛；生姜、羊肉益气温经，且能补虚；当归养血活血。合而具温肾壮阳、活血通络之功，对阳虚肢冷明显者较为适宜。

（2）忍冬红花百合汤：忍冬藤 10 克，红花 3 克，百合 20 克。将忍冬藤、百合加水煮沸 10 分钟，入红花后再煮 10 分钟，加少量白糖，即可饮用。方中忍冬藤甘寒，善能入经络而清热止痛；红花活血通络，祛瘀止痛；百合微苦入心经，以清血脉之瘀热。合而具清热、活血、通络之功，适宜于风湿热痹阻证。

（3）地黄红枣鱼：生地 20 克，红枣 30 克，甲鱼 500 克。将甲鱼去肚腹，装入生地、红枣，上笼清蒸，熟后调料佐餐。方中甲鱼咸寒，入肝、肾经，滋阴、补血、软坚；生地甘凉，滋补肾阴，清热凉血；红枣健脾补中。合而具滋阴清热之功，适用于阴虚内热证。

（4）白斩羊肉片：羊肉1000克，黄芪50克。将羊肉与黄芪同煮，肉烂切薄片，配调味汁即可。方中黄芪补气以生血，羊肉温中补虚，共用可收补气养血之功，适宜于气血两虚证以气虚偏重者。

（5）驴肉当归汤：驴肉250克，当归30克。将驴肉、当归同煮，以驴肉烂熟为度。食肉喝汤。方中驴肉补气养血，当归养血活血，共用可收调养气血的作用，治久病气血两虚证以血虚为主的病人。

（6）红花碧玉汤：红花5克，川芎5克，莴笋200克。将川芎加水煮沸10分钟，取汁；再将红花放汁中煮10分钟，加入切片的莴笋，沸后起锅，滴入麻油、醋、味精即可。方中红花、川芎活血理气，通络止痛；莴笋通经络。合而具活血理气、通络止痛之功，适宜于气滞血瘀证。

（7）防风苡米乌头粥：防风10克，苡米30克，生川乌末6克。将防风、苡米、生川乌末同放锅中，加水500ml，水沸后取微火煎，并下姜汁1匙，蜜3匙，煮至米烂为度。每日1剂，连用1周，停3日后可再用。方中防风祛风胜湿；苡米健脾渗湿；生川乌散寒除痹；取姜汁以助药力；合蜂蜜而制其毒。合而具祛风除湿、温经散寒之功，适用于风寒湿痹阻证。

3. **外治法**

（1）川乌、草乌、细辛、三棱各25克，透骨草、肉桂、红花、苏木、桃仁各50克。上药煎汤，先熏后洗，每次20分钟，每日1剂，10～15日为1疗程。适用于患肢紫暗发凉者。

（2）桑枝30克，蒲公英30克，地丁30克，芒硝30克，苦参30克，红花15克，苏木20克，当归20克，透骨草30克。上药为粗末，加水2500～3000ml，煎汤去渣，熏洗患肢。每日1～2次，每次30分钟左右。适用于患肢红肿偏热者。

（3）附子、干姜、桂枝、当归、花椒、赤芍、细辛、麻黄、红花各30克，毛皮树根120克。上药放大锅内，加水10碗，去渣煎至5碗，洗患处。适用于患肢麻木发凉者。

三、中西医结合治疗

本病病因，曾有多种学说，但至今尚不能肯定。对本病的治疗，目前西医缺乏特殊的疗法，因此开展中西医结合治疗多发性大动脉炎的研究具有重要的实际意义。要运用现代医学的知识提高临床诊断率，并进一步总结辨证论治的规律性和复方、单方、针灸的疗效，总结预防复发的经验，以便今后不断验证、总结与提高疗效。创造条件做些实验研究工作，以阐明中医中药的疗效机制和有关理论学说。从临床和实验研究证明，不少中药有增强机体免疫功能的作用，较长期的服用无副作用，故今后对本病的中西医结合研究是值得开展的。

兹就中西药配用治疗多发性大动脉炎的作用、意义以及文献报道的几种治疗方法介绍如下。

1. **中西药配用治疗的作用和意义**

（1）西医认为本病系主要动脉的自身免疫性疾病，治疗多应用激素和免疫抑制剂，但此两种药物均易减低机体免疫力而继发感染，故宜短期小量应用，以减少其副作用。配合中医扶正法（如益气、温阳、滋阴、养血等），可纠正和缓和西药副作用及减少西药用量。

（2）本病西医病理改变系非特异炎性增生、血管管腔狭窄、血流受阻，西药主要运用低分子右旋糖酐、血管扩张剂、钙通道阻滞剂、抗血小板凝聚剂等治疗。选择运用活血化瘀、软

坚通脉中药可使中西药相互增强疗效。

（3）疾病活动期合并感染时运用清热解毒中药可起到抗感染、抗病毒、控制免疫复合物产生等作用，与西药抗生素、激素及非甾体抗炎药并用有相得益彰之效。

2. 文献报道的几种中西药配用治疗方法

方法一[13]

[治疗方法]

（1）温阳通脉汤加减：附子、当归各6克，麻黄、川芎、桂枝、细辛、炙甘草各6克，黄芪20克，丹参15克。水煎服，每日1剂，10剂为1疗程。气虚甚重用黄芪；血虚甚重用当归，加鸡血藤；阳虚甚重用附子，可用至20克；阴虚甚加麦冬、玄参；若伴阳亢者同时加牛膝15克、菊花9克，并酌减附子用量；肢麻冷痛者重用丹参、桂枝；药后热象明显时麻黄、附子、细辛酌情减量。

（2）参附注射液10～20ml（每ml相当于人参0.1克、附子0.16克、丹参0.16克），加入10%葡萄糖液500ml内，静脉滴注，每日1次，10次为1疗程。

[治疗结果]

用本法治疗多发性大动脉炎67例，临床治愈（缺血症状和体征明显改善，心电图、眼底、X线、肾图等检查近于正常）41例，占61.2%；显效（症状和体征好转，其他检查部分恢复）14例，占21%；有效和无效各6例，分别占9%。总有效率为91.2%。疗效出现时间：第1疗程23例，第2疗程19例，第3疗程7例，第4疗程4例，第5疗程8例，5个疗程以上无效6例。

方法二[14]

[治疗方法]

（1）急性活动期：强的松每日30mg，于2～4周见效后渐减量至每日10～15mg，维持3～6个月。非类固醇抗炎剂，如阿斯匹林每日0.3g，见效后渐减量至每日0.5～1.0g，长期维持。同时根据病情需要对症治疗，如对肾血管性高血压，用巯甲丙脯酸、心得安、心痛定、利尿剂等降压效果显著而副作用小的药物。有效控制感染亦很重要。中医治则为清热解毒、活血化瘀，方用四妙勇安汤加味：玄参30克，银花30～50克，当归15克，丹参30～50克，甘草10克，桂枝15～30克，地龙20克，鸡血藤20克等。

（2）慢性炎症中间期：西医治疗有抗结核、抗风湿、控制感染、降压、纠正心力衰竭等。中医辨证论治：①气血虚弱、血瘀阻络型：方用黄芪桂枝五物汤加味：黄芪30克，桂枝15～30克，赤芍、白芍各25克，大枣10枚，干姜15克，威灵仙25克，鸡血藤25克，当归15克。②气滞血瘀型：方用血府逐瘀汤加味：当归15克，生地30克，桃仁20克，红花15克，甘草10克，枳壳15克，赤芍20克，柴胡15克，川芎15克，桔梗10克，牛膝30克，钩藤30克，石决明50克，桂枝15克。③肝肾阴虚、肝阳上亢型：方用镇肝熄风汤加减：白芍30克，牛膝20克，天门冬15克，当归15克，玄参20克，生龙牡各50克，代赭石50克，青蒿20克，川楝子15克，炙甘草10克，丹参30～50克，生熟地各25克。各型在病程中可相互转化，需随证加减，用药量、用药时间因人而异。

（3）瘢痕固定期：为疾病晚期，重要脏器动能严重受损，甚者因心肾功能不全或脑血管意外而死亡。除西医对症治疗外，中医辨证论治同慢性炎症中间期，重用软坚通脉、活血化瘀药，如穿山甲、鳖甲、鹿角霜、桃仁、红花、乳香、没药、土鳖虫等。若有手术指征送外

科。手术治疗原则是重建动脉，改善缺血状态。

（4）无论何期，均配用复方丹参注射液 4～5 支（每支 2ml，脑缺血者用维脑路通 200～400mg）加低分子右旋糖酐 300～500ml、维生素 C2.5～5.0g 静脉滴注，每日 1 次，2 周为 1 疗程，必要时休息 1 周后重复进行。

[治疗结果]

用本法治疗多发性大动脉炎 164 例，临床治愈 55 例，占 33.54%；好转 104 例，占 63.41%；无效 5 例，占 3.05%，其中 2 例死于肾功能衰竭。总有效率为 96.95%。

方法三[15]

（1）中药以桂枝汤加减：桂枝 12 克，白芍 10 克，甘草 6 克，大枣 9 克，生姜 3 克。气虚加党参、黄精；阴虚加麦冬、沙参；血瘀加丹参、鸡血藤、川芎、红花。

（2）西药用维生素 E，每次 20 毫克，每日 3 次，口服。除个别病例用维生素 B_1、维生素 C、腺苷、维生素 B_{12}，未用其他西药。

[治疗结果]

用本法治疗多发性大动脉炎 21 例，其中头臂动脉型 6 例，胸腹主动脉型 5 例，肾动脉型 6 例，混合型 4 例，疗程 3 个月。结果显效 11 例，占 52.4%；好转 7 例，占 33.3%；无效及中断治疗者 3 例。

方法四[16]

[治疗方法]

治疗组 28 例，予解毒活血之脉炎消注射液（含丹参、白花蛇舌草、黄芩、莪术等）40 毫升加入 5%葡萄糖注射液 500 毫升中静脉滴注，日 1 次，2 周为 1 疗程，并予非类固醇抗炎剂治疗。对照组 27 例，予复方丹参注射液 5 支、维生素 C2.5 克加入 5%葡萄糖注射液 300 毫升中静脉滴注，日 1 次，2 周为 1 疗程，并予肾上腺皮质激素。两组均予祛除诱因及对症治疗。

[治疗结果]

两组分别临床治愈 13 例、7 例，显效 12 例、5 例，缓解 2 例、14 例，无效各 1 例。显效率 89.2%、44.4%，两组显效率有极显著差异（$P<0.01$）。治疗组治疗前后血压、脉搏、动脉超声血流图、心动超声下测血管内径、血沉、C-反应蛋白等结果比较均有显著差异（$P<0.05$）。全身中毒症状、血压、脉搏的恢复与对照组比较亦有显著差异（$P<0.05$）。

方法五[17]

[治疗方法]

热毒血瘀型：治宜清热解毒活血，方药：金银花、连翘、红藤、丹参、玄参、紫草各 24 克，白花蛇舌草 60 克，重楼 12 克，牡丹皮、生甘草各 15 克。日 1～2 剂，水煎服。同时服雷公藤片，每次 2 片，日 3 次。3 周为 1 疗程。气虚血瘀型：治宜补气为主，兼以活血通络，方药：黄芪 60 克，党参、丹参各 30 克，仙灵脾、鹿角霜各 24 克，当归、川芎、赤芍各 15 克，桃仁、炮山甲各 12 克，桂枝 15～24 克，牛膝 20 克，银杏叶 10 克。水煎服，日 1 剂。部分患者用川芎嗪 100～150 毫克加 5%葡萄糖注射液 250～500ml 中，静脉滴注，日 1 次。恢复期用大黄䗪虫丸，每次 3 克，日 2 次口服。肝旺血瘀型：治宜平肝活血，方药：生地黄、丹参、益母草、生磁石、生石决明、珍珠母各 30 克，黄芩、天麻各 12 克，玄参、葛根、牛膝各 20 克。水煎服，日 1 剂。肾性高血压者口服降压药。

[治疗结果]

用上述方法治疗多发性大动脉炎 82 例，结果显效 53 例，占 64.63%；有效 27 例，占 32.93%；无效 2 例，占 2.44%，其中 1 例死于心衰。总有效率为 97.56%。

方法六[18]

[治疗方法]

(1) 辨证论治：本组患者中医辨证均为气血两虚、瘀血阻络型，治宜益气养血、活血通络，给予黄芪桂枝五物汤：生黄芪 30 克，桂枝 10 克，白芍药 15 克，生姜 5 片，大枣 12 枚。水煎服，日 1 剂。加减：偏气虚血瘀阻络型加党参、白术、当归、丹参、桃仁、红花；偏阳虚寒凝血瘀型加附子、鹿角霜、土鳖虫、丹参、川芎。

(2) 西药：低分子右旋糖酐注射液 500ml 加丹参注射液 10～16ml，静脉滴注，2 周为 1 疗程。

[治疗结果]

用本法治疗多发性大动脉炎 34 例，结果显效（缺血症状和体征明显改善，动脉搏动由无到有、由弱变强，血管杂音减弱或消失，实验室检查指标明显改善）12 例；有效（缺血症状和体征有所改善）17 例；无效 5 例。总有效率为 85.3%。

方法七[19]

[治疗方法]

(1) 内服中药：①阴虚内热型：治以养阴清热、活血通络为主，用养阴活血汤：生地、玄参、石斛、赤芍各 30 克，鸡血藤 12 克，当归、青蒿、白薇、丹皮各 12 克，牛膝 18 克，川芎、黄芩各 10 克，生甘草 6 克。②脾肾阳虚型：治宜温肾健脾、散寒活血为主，用阳和汤加减：熟地、黄芪、鸡血藤、党参各 30 克，干姜、桂枝各 15 克，制附子、白芥子、鹿角胶（化服）各 10 克，红花 12 克，甘草 5 克。③气血两虚型：治宜益气养血、活血通脉为主，用黄芪桂枝五物汤加味：黄芪 60～90 克，当归、桂枝各 30 克，赤白芍各 15 克，威灵仙 25 克，鸡血藤 60 克，地龙 15 克，干姜 10 克，大枣 10 枚。上述各型随症加减法：潮热盗汗者加地骨皮、银柴胡；发热、关节肿痛明显者加柴胡、羌活、大青叶、威灵仙等；视力模糊不清者加青葙子、谷精草、草决明；失眠、多梦、健忘者加炒枣仁、远志、夜交藤、柏子仁等；眩晕重加磁石、石决明、龙骨、牡蛎、生玳瑁等；腰膝酸软无力者加杜仲、川断、旱莲草、桑寄生等；血压高、头痛者加甘菊、黄芩、夏枯草、龙胆草等。

(2) 白花丹参液静脉滴注：主要用于稳定期病人。应用山东中医学院附属医院药房自制白花丹参注射液 10～20 毫升（每毫升含生药 2 克），加入 5% 葡萄糖溶液或低分子右旋糖酐 500 毫升内，缓慢静脉注射，1 日 1 次，15 次为 1 疗程，休息 7～10 天再行第 2 个疗程，一般 2～4 个疗程。对改善肢体血液循环有帮助。

(3) 其他辅助治疗：①急性活动期，配合口服强的松 10 毫克，1 日 3 次，症状缓解后停用。②合并有溃疡、坏疽继发感染明显者，可适当应用抗生素。③局部处理包括创面换药，坏死组织清除以及坏死趾（指）切除或截肢术。

[治疗结果]

用本法治疗 20 例，治疗时间最短者 26 天，最长者达 6～8 个月，一般为 2～3 个月。结果显效（主要症状消失，脉搏可以摸到，血压升高，血管杂音消失或明显减弱）5 例，好转（主要症状体征较治疗前有不同程度的改善）13 例，无变化者 1 例，因双足坏疽而施行小腿截肢者 1 例。总有效率为 90%。

第五节　预　防

（一）加强锻炼，注意精神、饮食调摄，避免外邪侵袭

注意精神调摄，适当参加有益身心健康的娱乐活动，加强体育锻炼，增强体质；避免情绪激动和精神紧张；饮食宜清淡，多吃新鲜蔬菜，避免膏粱厚味，高脂肪及高胆固醇食物应尽量不食或少食；慎起居，适寒温，避免外邪侵袭。

（二）早期诊治，及时处理与本病有关的因素

早期发现并及时处理与本病有关的因素甚为重要，如控制结核、感染等；患病之后应及早治疗，以防止病情进一步发展，特别是在本病的急性期，及时、恰当的治疗更为关键，若能安全渡过，则有利于预后的改善；注意保暖，防止局部受凉；忌烟，可少量饮酒；防止创伤和避免应用各种强烈收缩血管的药物。

（三）加强护理

对发热者，应适当卧床休息，加强营养，忌食辛辣、油腻、煎炸食品。长期卧床者要预防发生褥疮。对眩晕患者应注意生活起居护理，防止发生晕厥。

参考文献

[1] 卢君健主编．实用结缔组织病学，第一版．北京：人民卫生出版社，1987：488
[2] 卢君健主编．结缔组织病中西医诊治学，第一版．北京：人民卫生出版社，1992：510～511
[3] 吕奎杰．北京中医　1987；(5)：27
[4] 殷德遂．浙江中医杂志　1981；(9)：396
[5] 王进勇．陕西中医　1992；13 (10)：433～434
[6] 房芝萱，等．中医杂志　1980；(2)：31
[7] 翁维良．浙江中医杂志　1982；(2)：81
[8] 马同长，等．中医杂志　1983；(12)：62
[9] 陈敏，等．中医杂志　1988；(8)：43
[10] 卢君健主编．结缔组织病中西医诊治学．第一版．北京：人民卫生出版社，1992：51
[11] 沈观印．上海中医药杂志　1982；(11)：25
[12] 程伟，等．中西医结合杂志　1990；10 (10)：636
[13] 严复圭，等．中西医结合杂志　1987；7 (8)：488
[14] 初洁秋，等．中西医结合杂志　1987；7 (12)：728
[15] 刘兴远，等．中西医结合杂志　1988；(4)：248
[16] 初洁秋，等．中医药学报　1992；(4)：25～28
[17] 王进勇．实用中西医结合杂志　1992；5 (12)：709～710
[18] 王春荣．甘肃中医　1992；5 (1)：20～21
[19] 赵绚德．山东医药　1984；(5)：12

第十二章　巨细胞动脉炎

第一节　概　述

巨细胞性动脉炎（giant cell arteritis，GCA）又称巨细胞性颞动脉炎（giant cell lemporal arteritis）、颞动脉炎（lemporal arteritis）、颅动脉炎（cranial ateritis）、肉芽肿性动脉炎（granulomatous ateritis）。GCA 是中等和大动脉的炎症，是全身性疾病，可累及多部位动脉，但以颈动脉及其分支多见，特别以颞动脉常见，故称为颞或颅动脉炎。临床上以头痛、发热、眼部疼痛、全身疼痛和进行性视力障碍甚至失明为其特征。病理改变为动脉炎症、动脉内膜和中层有巨细胞和淋巴细胞浸润。GCA 并非一罕见疾病，西方多见，东方较少见。多发生于 60 岁以上患者，女性略多于男性，黑人和黄种人较少见。病因和发病机理未明，季节性变化和合并呼吸道感染可能与发病有关，但无特殊病原发现。发病机理可能与免疫反应有关。糖皮质激素对本病有一定疗效。

GCA 属于祖国医学“脉痹”的范畴。病因病机为风寒或风热干犯清窍，伤及血脉；或阴虚火旺上犯清空，灼伤津血；或肝阳上亢、焦灼脉络等所致。辨证治疗本病具有显著疗效。近年来，中西医结合治疗取得了可喜的进步，值得深入探讨和研究。

第二节　病因病理

一、西医病因病理

（一）病因与发病机理

病因尚不清楚。一般认为自身免疫反应参与发病。应用免疫荧光技术观察病变血管壁证实有免疫球蛋白存在，这种免疫球蛋白可能代表抗血管壁成分如弹性蛋白抗体，或证实有类似于其他血管炎存在的免疫复合物，从而表明本病系自身抗体或自身抗原抗体复合物激活补体经典途径而造成一系列炎症反应所致。有证据表明，T 细胞介导的细胞毒作用对本病的发病起重要作用。有报道淋巴细胞可对骨骼肌和动脉抗原发生转化反应，同时伴有淋巴激活素释放，表明细胞免疫介导的炎症反应对本病致病也起重要作用。另外，本病可能与感染有关，如上呼吸道感染、病毒感染等。遗传也可能是一个因素，在高家索发现同一家族中有多人发生本病，提示主要组织相容复合系统与本病有相关作用，是否感染与遗传联合致病尚不明了；但也有人认为是有可能的。

（二）病理

本病是一种全层性动脉炎。炎症部位有淋巴细胞浸润于动脉的内外弹力膜层或动脉外层。内膜增厚并无显著细胞浸润。病变显著部位各层均被累及。动脉壁的坏死部分和肉芽肿处可见含异体的巨细胞及多核组织细胞性巨细胞、组织细胞、淋巴细胞、浆细胞、纤维母细胞和嗜酸性细胞；但多形核粒细胞少见。炎症部位有血栓形成，可形或管道。由于巨细胞的堆积，弹力纤维发生碎裂并部分为巨细胞吞噬。血管管腔因增厚而水肿的内膜可引起狭窄并发生闭塞。曾有肉芽肿性心肌炎、肝炎和肝细胞坏死的报道。

二、中医病因病机

中医学认为该病的病因病机如下：

1. 风热上扰

头为清静之府，诸阳之会，风热阳邪性喜升浮，风热上扰，干犯清窍，头颈受损，伤及血脉，热迫血沸，津血亏败，风盛则动，热盛则痛，以致发为本病。

2. 风寒外束

风性轻扬，伤于风者上先受之，寒为阴邪，其性收引，风寒相合而外束，搏结于头颈部血脉，扰乱血液运行，阴寒冷凝，气血为之瘀闭，引起疼痛，发为本病。

3. 阴虚火旺

禀赋不足，或久病大病之后，或年老肾亏，以致肾阳不足、水不涵木、肝肾阴亏、血脉空虚、阴虚火旺、上犯清空、消烁津血、损伤血脉、发为本病。

4. 肝阳上亢

肝为刚脏，体阴用阳，若因情志所伤，或因烟酒刺激等，致使肝之用阳太过、亢扰于上、以致疏泄太过，血不归藏而随气上升，气血并走于上，气血逆乱，损伤脉络，致血流缓涩，甚或壅塞不通而成。

5. 气滞血瘀

气血偕行，气为血帅，血靠气行，气顺则血畅。若情志不遂，或闪挫外伤，或痰湿、寒邪等阻滞，使气机郁滞，血行障碍，气血涩滞不通，脉络损伤而致本病。

第三节　诊　断

一、辨病·西医诊断

（一）症状与体征

本病开始有原因不明的发热、疲劳、厌食、消瘦、全身不适、贫血、多汗、关节痛、头痛、肌痛、颈痛、失明、精神淡漠及抑郁等。多见于50～90岁的老年人，女性为男性的2倍。

（1）颞部动脉受累则称颞动脉炎，颞动脉受累多见，多有头痛，约2/3的病例有此症状。

头痛限于颞动脉区或放射到颅面及颌部，并常突然发生，而且疼痛剧烈、顽固，多为钻痛或跳痛，症状显著面使患者焦虑不安，以晚间较重。头痛程度与病变活动不呈比例，如颅动脉触诊正常，头痛可很严重；疾病活动继续，但头痛可能消退。多数患者有头皮触痛，头痛者尤其明显。触痛多局限于颞或枕动脉，但亦可呈弥漫性。在头皮的任何部位均可出现触痛点或结节并可持续多日。颞动脉常可触及并有触痛伴增粗增厚或有结节，病程早期可触及搏动，但后期血管闭塞而搏动消失。头痛可为单侧性或呈两侧性，但往往一侧较严重。头皮可有坏疽，开始受累区域出现瘀斑呈带状分布，之后变成水疱、大疱，并发展成坏疽。表面皮肤有触痛的红斑及水肿，还可伴有感觉过敏。由于皮损局部缺血而发生坏死，多数患者有头皮剧烈触痛。动脉受累处也可见到紫癜、荨麻疹及压痛性结节、青斑、红斑及秃发。

(2) 咀嚼肌疼痛，耳、牙及舌痛，均是动脉受累所致。咀嚼肌疼痛可能是颅动脉受累，舌痛提示广泛性颅动脉炎。舌痛、舌变白，也可舌变红、脱屑，或起水疱，严重者发生坏疽。

(3) 睫状后血管及眼动脉分支的动脉炎引起缺血性视神经炎，可突然发生单侧或双侧失明。失明可为最初症状，也可发生在其他症状几周或几个月后。但在发病前可有视觉模糊，眼前出现闪光或颜色斑斓或一过性黑蒙，常有复视、上睑下垂及眶周疼痛。眼底镜检查有缺血性视神经炎、伴有动脉变狭小，视神经乳头苍白、水肿，散在棉絮状渗出、小出血斑。如血栓性阻塞可引起视网膜苍白、水肿及伴有红色斑点。

(4) 颅内动脉受累可发生脑血管意外、脑干卒中、偏瘫、惊厥、昏迷、精神病抑郁、记忆力减退或丧失、痴呆和脑膜刺激症状等。可有周围神经的病变。也有枕部疼痛，梳头能诱发剧烈疼痛。听觉器官血管受累也可有耳聋、耳痛及眩晕。也可有嗅觉及味觉改变。

(5) 本病可侵犯胸及腹的动脉大分支的一部分（冠状动脉及肠系膜动脉），结果可形成主动脉、颈动脉及其他大动脉的动脉瘤。主动脉弓及其分支受累，临床上很难与无脉症（多发性大动脉炎）相区别。也可见四肢间歇性跛行及雷诺氏现象。也可出现主动脉弓综合征，即上下肢“跛行”、两侧脉搏不对称或血压不等。冠状动脉炎可引起心绞痛、心肌梗塞、心力衰竭。乳房可出现肿块。

（二）实验室及其他检查

1. 血常规及血沉

活动期病人血沉均增快，多数病人有贫血，有时红细胞呈串线状排列，白细胞可轻度增高，血小板可增多，偶有嗜酸粒细胞增多。

2. 尿常规

少数病人可出现轻度蛋白尿和血尿，很少有管型。

3. 生化学检查

可有肝功能异常、碱性磷酸酶上升，这两种改变多见于合并风湿性多肌痛的病人，可有BSP 潴留，转氨酶升高，血白蛋白降低，蛋白电泳可见有 α_2、γ－球蛋白升高。

4. 免疫学检查

多数病人有 IgG、IgM 升高，少数可有类风湿因子阳性。

5. X 线检查

血管造影可发现颈内、外动脉有关分支以及主动脉有关分支出现节段性狭窄或闭塞。

6. 其他

部分病人可有脑电图异常。

（三）诊断要点

1. 诊断

GCA 的诊断是根据典型的临床征象及病理检查。50 岁以上的老年人，近期发现有头痛或剧烈头痛、面痛及头皮痛，或有突然失明或有暂时性失明，风湿性的多发性的肌肉疼痛，原因不明的长期发热及贫血、血沉增快，均需疑及巨细胞性颞动脉炎的诊断。在颞部有触痛性的硬条索状的动脉，无脉搏动，可诊断为本病。结合组织病理可明确诊断。用皮质类固醇激素治疗有效对诊断有帮助。由于本病所表现严重性的差异且可能为一过性出现，因此当疑及 GCA 时必须仔细询问最近的症状，并对头、颈、躯干上部及臂动脉检查其触痛、增大、血栓形成和杂音。可疑者应做动脉活检，除上述动脉外枕动脉也可作活检，且应选择有异常节段的动脉行活检。高度怀疑本病时，应对颞动脉行长达数厘米的一段活检，纵向或横向多组织学断面检查。动脉触诊正常时，表浅颞动脉造影或描记图发现动脉壁不规则、管腔狭窄等，有助于本病的确诊。典型的颞动脉炎病人活检的阳性率为 40%～80%。如有大动脉病变征象者应作主动脉弓及其分支的血管造影检查。

2. 鉴别诊断

本病应与其他血管炎鉴别，特别是应与多发性大动脉炎相鉴别，其鉴别见表 2—12—1。

表 2—12—1　颞动脉炎与多发性大动脉炎的鉴别

	颞动脉炎	多发性大动脉炎
发病年龄	50 岁以上	20～40 岁
性别差异	无显著差异	女>男
好发部位	大动脉，特别是颞动脉	主要在主动脉弓部
组织病理	全动脉炎。内膜及中层：纤维肥厚，中层淋巴、中性巨细胞浸润，弹力层断裂。外膜：轻度纤维化	全动脉炎。内膜：纤维性肥厚。中层：纤维化，弹力层断裂，淋巴细胞浸润。外膜：淋巴细胞、浆细胞，有时为朗罕氏细胞浸润，营养血管内膜肥厚，外膜增生
临床主证	受累颞动脉剧痛，眼部症状（突然失明）	上肢无脉或高血压，下肢无脉
合并症	血栓形成，动脉瘤	血栓形成，动脉狭窄、闭塞、扩张
特异检查	颞动脉活检	血管造影；病变血管活检
其他	合并风湿性多发性肌痛	
治疗	皮质激素显著有效	皮质激素不能证明有效，近在试用细胞毒制剂治疗

本病与结节性多动脉炎、过敏性血管炎、韦格氏肉芽肿病的鉴别，由于其病灶分布、脏器受累及组织病理方面的差别，鉴别诊断一般不难。但少数坏死性血管侵及颞动脉，组织病理学有重叠现象者，应结合临床和实验室资料综合判断以资鉴别。

二、辨证·中医诊断

（一）辨证要点

颞部动脉呈条索状红肿热痛，全身散在性红斑，伴发热、咽干、烦渴，舌红、苔黄燥，脉洪实而数为风热上扰。颞部脉管剧痛，头皮发紧，畏寒舌淡，脉沉紧或迟为寒凝经络。颞动脉出现条索状结节，色黯褐失泽，扪之僵硬，局部疼痛轻，经久不愈，舌红少苔，脉沉细略数为肝肾阴亏。颞动脉条索状红肿跳痛，头晕目眩，口苦面赤，舌红绛，脉弦数为肝阳上亢。颞部动脉跳痛，胁肋隐痛，舌紫暗或有瘀斑，脉弦或沉涩为气滞血瘀。

（二）辨证分型

1. 风热上扰证

[临床表现] 发热恶风，自汗，咽燥干痛，烦渴引饮，全身散在性红斑，颞部动脉呈条索状红肿热痛，常伴肌肉关节疼痛，舌红少津，苔黄燥龟裂，或呈芒刺状，脉洪实而数。

[辨证分析] 风为阳邪，其性开泄，热性炎浮，干犯上焦，累损头颈，风热流窜经脉，阻碍血运，损伤脉道，故颞部动脉呈条索状红肿热痛；热盛迫血，故出现散在红斑；热盛伤津，故咽燥干痛、烦渴引饮；发热恶风、自汗为风热在表之象；舌红少津、苔黄燥或有芒刺、脉洪数为热盛伤津入脉之征。

2. 寒凝经络证

[临床表现] 头痛畏寒，头皮发紧，颞部脉管剧痛，遇冷加剧，得温则减，舌淡青质嫩，苔薄白，脉沉紧或迟缓。

[辨证分析] 寒为阴邪，其性凝滞，寒邪侵及于脉，气血凝滞不通，故颞部脉管剧痛，得温则减，遇寒则剧；寒邪伤阳，故畏寒；舌淡苔薄白、脉沉紧或迟缓为寒凝经络之象。

3. 肝肾阴亏证

[临床表现] 头晕耳鸣，五心烦热，失眠多梦，两眼干涩，视物模糊，皮肤干枯不泽，肌肉枯萎瘦削，颞动脉出现条索状结节，色黯褐失泽，扪之僵硬干结，局部疼痛较轻，感觉迟钝，经久不愈，舌红少苔，脉沉细数。

[辨证分析] 肾属北方壬癸水，且为先天之本。肝属东方甲乙木，无水则枯。肝肾阴虚，精血津液尽趋枯涸，皮肉筋脉失于濡养，故皮肤干枯不泽，肌肉枯萎瘦削；精血不足，脉道涩滞不通，故颞动脉出现条索状结节、色黯褐失泽、扪之僵硬；精血不足，清窍失养，故感觉迟钝，头晕耳鸣，眼睛干涩，视物模糊；阴虚则虚热内生，心神被扰，故五心烦热，失眠多梦；舌红少苔、脉沉细数为肝肾阴亏之象。

4. 肝阳上亢证

[临床表现] 头晕目眩，心烦易怒，睡眠不宁，面红目赤，口苦，遍体疼痛，颞部动脉条索状红肿跳痛，或有斑块状红肿，舌红绛，苔黄，脉沉弦数而有力。

[辨证分析] 肝性喜条达而恶抑制，又易升动，故有“肝为刚脏”之称。情志不和，郁怒伤肝，则肝失条达，肝气郁结，气郁化火，肝火横逆，升冲巅顶，耗灼营血，腐蚀血脉而致本证。肝阳亢盛，上扰清空，故头晕目眩；肝火偏亢，扰乱心神，故心烦易怒，睡眠不宁；肝

火上炎，故面红目赤，口苦；肝火伤及血脉，血脉壅塞不通、故遍体疼痛，颞部动脉条索状红肿跳痛，或有斑块状红肿；舌红绛、苔黄、脉沉弦数有力为肝阳上亢之征。

5. **气滞血瘀证**

[临床表现] 头痛憋胀，胁肋隐痛，颞部动脉跳痛，痛如锥刺，可见条索状红肿，散见斑块，舌紫暗或有瘀斑，脉弦或沉涩。

[辨证分析] 少阳厥阴互为表里，阴阳相配。厥阴经和少阳经分别循行于头颈躯干四肢旁侧的阴阳两方。情志不和，肝失调达，则肝郁气滞，血行不畅，少阳相火郁而上炎，灼伤脉络而致本证。肝脉布胁肋，肝郁气滞，脉络不畅，故胁肋隐痛；气滞血瘀，郁火上炎，故头痛憋胀；血脉瘀阻，故颞动脉跳痛，痛如锥刺；血瘀夹郁火，故致颞动脉条索状红肿；舌紫暗或有瘀斑、脉弦或沉涩为气滞血瘀之征象。

第四节　治　疗

一、西医西药治疗

1. **全身治疗**

皮质类固醇激素治疗本病有显著疗效，可使全身症状和局部血管炎表现很快缓解。本病的诊断一经确定后，即应给皮质类固醇激素治疗。因激素能改善组织病理变化，即使活检无动脉炎但临床提示为血管炎时，仍可用激素作治疗试验。每日强的松 60～80 毫克分次口服，或用地塞米松 1.5mg，每日 2～3 次口服，上两药均可改用相应剂量静脉滴注。治疗过程中应每周复查血沉 1 次。因血沉是本病活动性的指标，临床可根据血沉的下降情况调整激素用量。一般应用激素几天后症状（如头痛、肌痛、发热及各类跛行）可缓解，眼失明及全身不适也可好转。如几天后症状不见好转，可加大激素用量，但实验室指标需 3～5 周才能变为正常。如血沉转变较慢，治疗时间要延长，或皮质类固醇激素减量要放慢。激素减量可根据临床症状和实验室检查指标进行。一般临床症状缓解和实验室检查指标正常后，每 1 周或 2 周减少每日量的 10%，逐步减少剂量。减量过程中，如实验室指标出现反跳，可暂停减剂量。本病一般经数月至数年可呈自限性，多数病人激素可减少以至停用，少数用小剂量强的松数年或更长。本病用激素治疗者预后较好，有眼及脑血管病变者预后不佳。

本病无眼底出血者，也可应用肝素 1 万单位静注，每 6 小时 1 次，直至视力恢复为止。应用肝素时应严密观察，防止发生出血等副作用。其他如细胞毒制剂、抗疟药物、青霉胺等对本病的疗效尚缺乏研究。水杨酸盐类和非甾体类药物如阿斯匹林、消炎痛等虽能减轻或控制部分症状，但不能防止失明和其他缺血性并发症。如为病程早期，全身症状严重，也可辅佐少量阿斯匹林或消炎痛等药物。另外，也可与免疫调节剂如胸腺素、转移因子、左旋咪唑等联合应用，其用药剂量应因人而异。抗组织胺类药物、扩张血管药物及抗生素也可用，但疗效不定。

2. **局部治疗**

可用结核菌素注射器或皮肤喷注枪（Dermo－Jet）注入去炎松、倍他米松或强的松龙于病灶内。该疗法如使用恰当是一种非常有用的疗法。它可辅助局部外用治疗，亦可替代皮质类

固醇激素的全身治疗。

3. **并发症治疗**

主动脉夹层动脉瘤，可行手术切除。

二、中医中药治疗

（一）辨证论治

1. **风热上扰证**

[治法] 疏风清热，解毒散结消肿。

[方药] 桑菊饮加减。

桑叶 10 克，菊花 10 克，连翘 10 克，薄荷 10 克，芦根 30 克，忍冬藤 30 克，红藤 20 克，荆芥 10 克，牛蒡子 10 克，板蓝根 30 克，蒲公英 30 克，黄连 10 克。

[加减] 若便秘、苔黄燥加大黄 15 克（后入）、芒硝 10 克（药汁溶化冲服），以通便泻火，加速症状及黄燥苔的消退。

[分析] 方中桑叶、菊花、薄荷，性味辛凉，以散风清热；连翘、板蓝根、蒲公英、黄连，性味苦寒，以清热解毒；忍冬藤、红藤清热凉血，活血消肿散结；芦根清热生津润燥；荆芥辛温，以助散风；牛蒡子清热利咽。全方共奏疏风清热、解毒散结消肿之功用。

2. **寒凝经络证**

[治法] 温经散寒止痛。

[方药] 吴茱萸汤加减。

吴茱萸 15 克，人参 15 克，细辛 10 克，川芎 30 克，生姜 15 克，大枣 10 枚，制附子 15 克，麻黄 6 克。

[加减] 畏寒肢冷较甚加重附子用量，但宜先煎；遇风尤剧者加荆芥、防风。

[分析] 方中吴茱萸味辛而苦，性燥热，既有散寒通滞之功，又具下气降浊之用；人参大补元气，帅血运行；川芎辛温气香，上达头面通清阳，活血行气，散寒止痛；麻黄、附子、细辛温经散寒通滞；生姜、大枣调和营卫，和胃益脾。全方共奏温经散寒止痛之功用。

3. **肝肾阴亏证**

[治法] 补益肝肾，滋养精血，化瘀通络。

[方药] 杞菊地黄汤加减。

枸杞 10 克，菊花 10 克，生地黄 20 克，山药 10 克，山萸肉 15 克，丹皮 10 克，茯苓 10 克，元参 20 克，天门冬 15 克，女贞子 20 克，当归 30 克，丹参 30 克，肉苁蓉 30 克，鳖甲 30 克。水煎取药液与鲜荸荠汁 30 毫升兑服，每日 1 剂。待病证基本消退后，守方改丸剂长期服用。

[加减] 心悸怔忡者加酸枣仁、龙骨、牡蛎以养心安神；神疲乏力较甚者加黄芪。

[分析] 方中生地黄、元参、天门冬养阴生津，清热凉血；山萸肉酸温，滋肾益肝；山药滋肾补脾；枸杞甘平，滋补肝肾，明目；菊花甘寒，清肝明目；肉苁蓉益精血，温肾阳；丹皮、丹参凉血活血，养血安神；当归辛温，为养血活血之圣药；鳖甲咸寒，滋阴潜阳，软坚散结。全方共奏补益肝肾、滋养精血、化瘀通络之功。

4. **肝阳上亢证**

[治法] 平肝潜阳，凉血活血。

[方药] 天麻钩藤饮加减。

天麻 15 克，钩藤 20 克，石决明 30 克，栀子 10 克，丹皮 15 克，川牛膝 20 克，桑寄生 20 克，益母草 30 克，黄芩 10 克，杜仲 10 克，茯神 15 克，夜交藤 30 克。

[加减] 头痛甚剧、便秘溲赤加龙胆草、夏枯草、生大黄、木通；肝病及肾、水亏火旺加生地、首乌、女贞子、旱莲草。

[分析] 方中天麻、钩藤、石决明平肝潜阳，熄风通络，用以为君；黄芩、栀子清热泻火，使肝经之热不致偏亢，是为臣药。丹皮、益母草、川牛膝凉血活血，引血下行；杜仲、桑寄生补益肝肾，夜交藤、茯神定神定志，俱为佐使药。全方共奏平肝潜阳、凉血活血之功用。

5. **气滞血瘀证**

[治法] 理气行瘀止痛。

[方药] 血府逐瘀汤加减。

桃仁 12 克，红花 10 克，当归 10 克，川芎 15 克，赤芍 10 克，柴胡 10 克，枳壳 10 克，香附 10 克，元胡 30 克，五灵脂 15 克，乌蛇 15 克，水蛭 6 克（焙干研末，装空心胶囊冲服）。

[加减] 头痛甚者加全蝎、地龙、细辛、白芷；颞动脉呈条索状、红肿甚者加红藤、忍冬藤。

[分析] 方中桃仁、红花、当归、川芎、赤芍活血化瘀；柴胡、枳壳、香附行气和血，舒肝解郁；元胡、五灵脂行气活血止痛；乌蛇性味甘平，祛风活络；水蛭咸平，破血行瘀。全方共奏理气行瘀止痛之功用。

（二）其它疗法

1. **针灸治疗**

[取穴] 太阳、悬颅、百会、风池、天柱、内关、外关、合谷、太冲、足临泣、涌泉、肝俞、脾俞、肾俞。

[方法] 上述穴位按近取、远取及俞穴交替选穴配伍，风热上扰、肝阳上亢、气滞血瘀型用泻法，肝肾阴亏型用补法，寒凝经络型用平补平泻法。

2. **外治**

(1) 白附子 3 克，葱白 15 克。白附子研细末，与葱白捣成泥状，取如黄豆大 1 粒，堆在小圆形纸上，贴在痛侧太阳穴处，约 1 小时左右取下。适用于本病寒凝经络型。

(2) 蓖麻同乳香、食盐捣，贴太阳穴。适用于本病气滞血瘀、寒凝经络等证型。

(3) 鹅不食草 30 克，白芷 15 克，冰片 1.5 克，共研细末备用。发作时用棉球蘸药粉少许塞鼻孔。适用于本病各证型。

(4) 川芎 15 克，晚蚕砂 30 克，僵蚕 20～30 只，香白芷 15 克。将上药共入沙锅内，加水 5 碗，煎至 3 碗，用厚纸将砂锅口糊封，并视疼痛部位大小，盖纸中心开一孔，令患者痛位对准纸孔；满头痛者，头部对准砂锅口（两目紧闭或用手巾包之），上方覆盖一块大方手巾罩住头部，以热药气薰蒸。每日 1 剂，每剂 2 次，每次熏 10～15 分钟。

3. **食疗**

（1）竹笋枸杞头：枸杞头 500 克（拣洗干净），熟竹笋 50 克（切片）。起油锅翻炒，并加入盐酒等适当调料。适用于肝阳上亢型。

（2）川芎白芷炖鱼头：川芎 10 克，白芷 10 克，河鱼头 1 只（约 250 克），加水及酒、葱、盐等调料一起炖煮后食用。功能活血祛风，止痛通络。适用于肝肾阴虚、气滞血瘀、寒凝经络等证型。

（3）首乌煨鸡：童子鸡 1 只（去毛杂，洗净），首乌 20 克。将首乌放入鸡腹内，再加盐、酒、姜、葱等调料，用文火煨熟后食用。适用于肝肾阴虚证型。

（4）杞子天麻煮鸡蛋：杞子 20 克，天麻 10 克，鸡蛋 5 个。鸡蛋煮熟后剥去壳，与杞子、天麻同煮，随后喝汤吃鸡蛋。适用于肝阳上亢、肝肾阴虚等证型。

第五节 预 防

（一）调摄精神

保持乐观情绪，消除忧虑烦恼，避免情志刺激，可促使神经—体液调节功能健全，血管舒缩功能稳定、适中，对预防疼痛发作，促进病情改善有一定意义。

（二）适当锻炼，增强体质

进行适当的体育锻炼，增强体质，促进血液运行，改善血管张力，保持血管良好弹性。

（三）调节饮食

改良饮食习惯，少吃肥甘厚味及辛辣刺激性食物，禁忌酗酒。

（四）戒烟

戒除吸烟习惯，以避免引起血管痉挛、血液粘稠度增加而血液缓慢。

（五）防止外伤

避免外伤，保持血管壁完好无损、血管壁光滑完整，以免形成血栓。

（六）慎起居，适寒温，保持环境清洁

养成良好的起居习惯，改善客观环境，保持环境清洁、空气新鲜、温度适宜，杜绝外邪侵袭。

第十三章　痛　风

第一节　概　述

痛风（gout）是长期嘌呤代谢障碍、血尿酸增高引起组织损伤的一组异质性疾病。临床特点是：高尿酸血症，特征性急性关节炎反复发作，在关节滑液的白细胞内可找到尿酸的结晶，痛风石形成，其严重者可导致关节活动障碍和畸形，肾尿酸结石及/或痛风性肾实质病变。上述表现可单独或联合存在。本病在美国关节炎基金会1988年版《风湿性疾病概要》分类中被列入“伴风湿性疾病表现的代谢病及内分泌病”范畴。

希腊医学家希波克拉底早已认识到痛风是一种遗传性疾病，并提出6条特征：①阉割者不发生痛风；②女性绝大多数在绝经期后发生；③男性在成年前不发病；④发病时炎症在40天内消退；⑤肿胀和疼痛的关节不发生溃疡，大量饮水可减轻或消除疼痛和肿胀；⑥好发于春秋两季。

本病根据血尿酸增高的不同原因可分为原发性痛风及继发性痛风两类。原发性痛风原因，过去认为与进食高嘌呤类食物有关，现认为进食高嘌呤类食物只能在有痛风素质的人中才会引起本病，故一般认为原发性痛风系由于先天性嘌呤代谢紊乱所致。继发性痛风常继发于肾脏、血液、心血管等疾病所引起的血尿酸生成过多或排泄减少，导致高尿酸血症所致。

本病诊断依据为血尿酸增高，急性期有痛风性关节炎，关节红、肿、热、痛，慢性期有关节畸形、痛风石、肾功能损害等。本病目前尚无彻底治疗方法，对症处理控制症状，可使病情缓解，延长寿命。

本病属中医“风湿痹痛”、“痛风”、“历节病”、“历节风”、“白虎病”、“白虎历节风”、“箭风”等范畴，正式以“痛风”命名始于金元。其病因多由于人体的肌表、经络遭受风、寒、湿、热之邪侵袭，使气、血、经络被病邪闭阻而引起关节红、肿、热、痛、畸形等症。急性期有风、寒、湿、热、寒热错杂等证型；慢性期有痰、瘀、气血两虚、肝肾两亏等证型。中医药治疗本病有较好疗效，近年来采用辨病辨证相结合、中西药配用的中西医结合疗法取得了一定成绩，值得进一步深入研究。

第二节　病因病理

一、西医病因病理

痛风形成的先决条件是高尿酸血症。尿酸为嘌呤代谢的最终产物，主要由细胞代谢分解的核酸和其他嘌呤类化合物以及食物中的嘌呤经酶的作用分解而来。人尿酸生成的速度主要

决定于细胞内 1-焦磷酸-5-磷酸核糖（PRPP）的浓度，而 PRPP 合成酶、磷酸核糖焦磷酸酰胺移换酶、次黄嘌呤-鸟嘌呤磷酸核糖转移酶和黄嘌呤氧化酶对尿酸生成又起重要作用。

痛风的生化标志是高尿酸血症（血尿酸浓度超过正常上限）。正常人血尿酸浓度（尿酸酶法，血清），男性 0.15～0.42mmol/L（2.4～7mg/dl）。女性更年期以前 0.1～0.3mmol/L（1.6～6mg/dl），女性更年期后其值接近男性。尿酸在细胞外液的浓度，取决于尿酸生成速度和经肾排出之间的平衡关系。尿酸生成增多，或排泄减少，或排泄虽不减少但生成超过排泄，或生成增多与排泄减少同时存在，均可使尿酸积累，使血尿酸增高。37℃，血浆尿酸的饱和值约为 0.42mmol/L（7mg/dl），高于此值即为超饱和，尿酸盐可在组织内沉积而造成痛风的组织学改变。流行病学认为血尿酸超过 0.42mmol/L 时，发生痛风性关节炎或肾尿酸结石的危险性增加。但高尿酸血症病者只有一部分发展为临床痛风。因此，高尿酸血症与临床痛风之间的界限，往往不易划分。高尿酸血症可分为原发性、继发性及特发性 3 种。原发性指有遗传基础；继发性是继发于其他疾病或药物治疗；特发性系不能精确分类者。

（一）原发性高尿酸血症和痛风

由先天性嘌呤代谢紊乱引起，一部分遗传缺陷比较明确，一部分则分子缺陷未能确定。发病有关因素如下：

1. 肾尿酸排泄减少

每日产生的尿酸约 9～45％从肠道排泌，其余从肾脏排除。原发性痛风者 1/3 是肾小管转送尿酸的原发性缺陷，1/3 是由肾小管转送尿酸的缺陷与尿酸产生过多两种原因并存导致发病的。肾脏对尿酸的转送，分肾小球滤过、肾小管重吸收、肾小管的分泌。血中尿酸大部分能自由通过肾小球基膜，部分血尿酸与蛋白相结合（痛风者的结合增加），滤过的尿酸约 90％被近端肾小管髓袢重吸收；因此重吸收增加可形成高尿酸血症。尿中尿酸每日排出量约 500mg（另约 200mg 从胃肠道排出），如超过 700mg 称高尿酸尿症。痛风者柠檬酸排出减少，该酸有促尿酸尿作用，其减少能引起尿酸潴留。无论内源性或外源性有机酸的增加（包括乳酸、β-羟丁酸、草酰乙酸、支链酮酸）均可竞争性抑制尿酸分泌使其排出减少。当大量饮酒、妊娠中毒症、剧烈运动时，可因高乳酸血症产生高尿酸血症。此外，蛋白质和糖中间代谢产物直接可转变为尿酸。如糖尿病酮症酸中毒和饥饿酮症可因 β-羟丁酸、草酰乙酸增加而产生高尿酸血症。此外，慢性铅中毒是原发性痛风的病因之一。肾血流量、细胞外液量减少均可使尿酸清除率下降，如利尿剂应用（速尿、利尿酸钠本身可抑制尿酸排泄，同时血容量、细胞外液量减少，使尿酸排泄减少），低钠血症；尿崩症时尿酸排泄减少，血管紧张素和儿茶酚胺可减少肾血流量，从而使尿酸清除率下降。

2. 尿酸生成增多

限制嘌呤饮食 5 天后，如每日尿酸排泄超过 600mg，可认为尿酸生成增多。痛风由尿酸生成增多者约占 10％。酶的缺陷为导致尿酸生成增多的原因。酶缺陷的部位可能有：①PRPP 合成酶活性增高，使 PRPP 的量增加；②磷酸核糖焦磷酸酰胺移换酶的浓度或活性增高对 PRPP 的亲和力增强，降低对嘌呤核苷酸负反馈作用的敏感性；③次黄嘌呤－鸟嘌呤磷酸核糖转移酶部分缺乏，使鸟嘌呤转变为鸟嘌呤核苷酸及次黄嘌呤转变为黄嘌呤核苷酸减少，以致对嘌呤代谢的负反馈作用减弱；④黄嘌呤氧化酶活性增加，加速次黄嘌呤转化为黄嘌呤，黄嘌呤转变为尿酸。上述酶缺陷中的前 3 项，已证实可引起临床痛风，经家系调查表明为性联

锁遗传。但在多数原发性痛风病人中，其分子缺陷部位未能确定，代谢紊乱情况亦不清楚。

（二）继发性高尿酸血症和痛风

1. 继发（伴发）于其他先天性代谢紊乱疾病

糖原累积病Ⅰ型，是因葡萄糖-6-磷酸缺乏而致病，可伴同嘌呤合成增加，尿酸生成过多和排泄减少而发生高尿酸血症。Lesch－Nyhan 综合征，由于次黄嘌呤-鸣嘌呤磷酸核糖转移酶完全或几近完全缺乏致尿酸生成过多。上述两病日久可出现痛风症状。

2. 继发子其他疾病或药物

骨髓增生性疾病和淋巴增生性疾病，如白血病、多发性骨髓瘤、淋巴瘤、慢性溶血性贫血。以及肿瘤化学治疗和放射治疗后，由于核酸转换增加，致尿酸生成增多。慢性肾病和铅中毒性肾病，以及一些药物如噻嗪类利尿药、速尿、小剂量乙酰水杨酸、乙胺丁醇、吡嗪酰胺、烟酸、乙醇等，可使尿酸排出减少。凡引起血容量减少的疾病亦可发生高尿酸血症，如肾上腺皮质机能减退、肾性尿崩症等。任何有机酸血症（如低氧血症、慢性铍中毒）、饥饿、糖尿病酮症酸中毒、酒精性酮症、乳酸性中毒等，一些过多的有机酸如β-羟丁酸、自由脂肪酸、乳酸等，对肾小管分泌尿酸起竞争性抑制作用而使尿酸排出减少。以上情况均可出现高尿酸血症，但发展为临床痛风则少见。

（三）急性痛风性关节炎

1. 尿酸盐结晶在急性痛风性关节炎发作时的作用

急性痛风是由于尿酸钠盐在关节或邻近组织沉着引起，发作期滑膜液白细胞中有大量的“负性双折射结晶”。急性痛风性关节炎高峰期大部分尿酸盐结晶在细胞内。炎症消退期细胞外结晶增加。其他结晶如草酸钙、焦磷酸钙二氢化合物、乳酸性钠盐及类固醇等均可引起局部炎症反应。

（1）急性痛风的滑膜痛风结石：急性痛风首次发作后 2 天，关节滑膜上有尿酸盐结晶和小痛风结石，滑膜上结晶常在近关节腔的表面部位。当脱落进入关节腔时，滑膜液中的滑膜细胞或多形核细胞吞噬时引起炎症发作。

（2）结晶形成的机理：①蛋白多糖的作用：结缔组织的多糖与蛋白结合为蛋白多糖，它增强尿酸盐的可溶性。当多糖分子不完整时则减低尿酸盐溶解度。因为蛋白多糖分子抑制尿酸盐结晶形成，因此，蛋白多糖受更新酶性破坏时抑制尿酸盐形成能力减低可引起发病。②温度差和尿酸盐溶解度：急性痛风常子夜间发作，且多以运动后休息时四肢关节受凉为急性发作的因素，即使血尿酸盐值正常，但冷的外周细胞外液对尿酸盐已达饱和，温度的作用可解释尿酸盐结晶好发于身体的远端或周围部分，诸如足关节和耳缘。慢性痛风关节中度炎症时，温度达 35.5～35.6℃，急性时温度可达到 37℃。局部炎症性发热可增加尿酸盐结晶的溶解度，使其溶解过程缩短。③平衡失调、创伤、年龄和 pH 的作用：平衡失调系指尿酸盐在局部浓度形成和吸收之间失调。当细胞外液从关节腔的重吸收率减低，尿酸盐的浓度可增加形成结晶。机械性损伤也为促发因素，创伤促使关节层中的尿酸盐结晶脱落可引起痛风发作。急性痛风好在夜间或露宿野外发作，累及部位为大拇趾的趾跖关节，该部位承受行走时的最大体重的关节应力。其他促发因素有结缔组织的老化和微血管循环障碍。任何减少血流的因素可影响局部吸收率而增加组织尿酸浓度。pH 的作用表现为，当白细胞无氧酵解产生乳酸时 pH

下降，引起痛风发作。pH 下降可增加尿酸的沉淀。

（3）炎症反应时的中介物质：尿酸盐结晶本身能激活滑膜液中的 Hageman 因子，引起反应，激肽释放酶致活激肽，导致通透性增加。结晶可使滑膜液中类激肽多肽浓度增高达正常的 50 倍，导致血管扩张，通透性增加及白细胞通过血管壁的靠边作用和移动性加强。尿酸盐还激活补体系统参与急性炎症反应。

2. 白细胞的作用

尿酸盐的炎症反应还依赖多形核细胞，如白细胞减少则尿酸盐不能引起炎症反应。

（1）趋化因子：白细胞吞噬尿酸盐后即释出白细胞趋化因子，将白细胞吸聚到关节腔内。

（2）结晶摄入：多形核白细胞吞噬体摄入蛋白包裹的尿酸盐，吞噬体与溶酶体发生作用，引起细胞器穿孔，白细胞损伤后内含物逃逸，引起组织炎症。尿酸盐吸收包括溶酶体酶、各种蛋白，围绕结晶膜的破坏，导致结晶和溶酶体酶一起释放至细胞浆，然后结晶为其他白细胞所吞没，这些因素可使炎症反应持续。

（3）溶酶体酶：溶酶体酶在炎症反应中起重要作用。白细胞溶酶体含有阴离子蛋白，它与破裂的肥大细胞颗粒引起炎症。一种蛋白酶引起毛细血管渗透性增加，一种酸性蛋白酶能破坏软骨的蛋白多糖并裂解 C_5 至 C_{5a}。软骨的蛋白多糖进一步破坏，导致尿酸盐结晶形成。滑膜细胞含有的胶原酶能侵袭整个关节软骨。

二、中医病因病机

中医对痛风病因病机的认识最早见于《灵枢·贼风》篇："言贼风邪气之伤人也，令人病焉。今有其不离屏蔽，不出空穴之中，卒然病者，非不离贼风邪气，其故何也？……曰：此皆尝有所伤于湿气，藏于血脉之中，分肉之间，久留而不去，若有所堕坠，恶血在内而不去；卒然喜怒不节，饮食不适，寒温不时，腠理闭而不通。其开而遇风寒，则血气凝结，与故邪相袭，则为寒痹。其有热则汗出，汗出则受风。虽不遇贼风邪气，必有因加而发焉。"此段经文是说明患者仅仅居于室内并未遇到外界风邪寒邪或其他邪气而突然发病。古代不可能明确高尿酸血症及尿酸结晶在组织中沉积，但统称之为"湿气"，并且说明它藏于血脉之中，分肉之间，久留而不去。这与尿酸过多在血中在组织中在关节液中的认识是一致的。痛风的发病有其很明确的诱因，而"有所堕坠"，即是外伤的或负重关节受伤，或"卒然喜怒不节，饮食不适，寒温不时"，实际上都是痛风最常见的诱发原因。当然如遇寒热等邪气也会使疾病发作，故说"其开而遇风寒，则血气凝结，与故邪相袭，则为寒痹"。紧接上文又述"其毋所遇邪气，又毋怵惕之所志，卒然而痛者，其故何也？惟有因鬼神之事乎？"这段是提问为什么既无邪气侵袭的外因可寻，又无情志波动的内伤而又突然发病，是否鬼使神差？这是对痛风发病前毫无诱因可寻的现象提出的疑问。故下文说："此亦有故邪留而未发，因而志有所恶，及有所慕，血气内乱，两气相搏。其所来者微，视之不见，听而不闻，故似鬼神。"说明这种发病前诱因是非常细微，观察不到的，像鬼神一样。《金匮要略·中风历节》篇把痛风称之为历节，并与脉象相联系，其中论述道："寸口脉沉而弱，沉即主骨，弱即主筋，沉即为肾，弱即为肝，汗出入水中，如水伤心，历节黄汗出，故曰历节。"《圣济总录》说："历节风者，皆血气虚弱，为风寒所侵，血气凝涩，不得流通关节，诸筋无以滋养，真邪相持，所历之节，悉皆疼痛，或昼静夜发，痛彻骨髓，谓之历节风也。"又《金匮要略》说："少阴脉浮而弱，浮则为风，弱

则血不足，风血相搏，即疼痛如掣。盛人脉涩小，短气自汗出，历节疼，不可屈伸，此皆饮酒汗出当风所致。诸肢节疼痛，身体尪羸，脚肿如脱，头眩短气，温温欲吐，桂枝芍药知母汤主之。”上述文献描述了痛风的脏器致病的归属，并表现为脉沉与脉弱。其所以归属肝肾的原因可以《灵枢经》解释，因肝主筋，肾主骨，“屈而不伸，其病在筋；伸而不屈，其病在骨”。所以尤在泾说：“历节为肝肾先虚，而心阳复郁，为历节黄汗之本也。心气化液为汗，汗出入水中，水寒之气从汗孔入侵心藏，外水内火，郁为湿热，汗液则黄，浸润筋骨，历节乃痛。历节者遇节皆病也。盖非肝肾先虚，则虽得水气，未必便入筋骨；非水湿内侵，则肝肾虽虚，未必便成历节；仲景欲举其标而先究其本，以为历节多从虚得之也。又水气篇中云：‘黄汗之病，从汗出入水浴，水从汗孔入得之。’合观二条，知历节、黄汗为同源异流之病，其瘀郁上焦则为黄汗，其并伤筋骨则为历节也。”总之，上段所述已比《内经》描述内容更多，一是将痛风定名为历节，与肝肾两虚有关，也与气血俱虚、风寒内侵、气血凝滞有联系，同时将痛风的症状描写得更详细，形容痛风疼痛的程度和速度为“痛彻骨髓”和“疼痛如掣”，且将痛风与时间的关系明确描述，即“昼静夜发”；二是将痛风的体征和体质描述出来，如痛风好发于体胖和养尊处优之人，痛风者关节明显肿大，而且足肿更甚；三是将痛风的伴随症状描述出来，如“头眩短气，温温欲吐”，这似乎是描述痛风时伴随的高血压、继发心脏功能不良的现象；四是将痛风与尿酸肾病分开描述，但又指出是属于同一病源，故曰：“合观二条，知历节、黄汗为同源异流之病。”《金匮要略·中风历节》又云：“味酸则伤筋，筋伤则缓，名曰泄。咸则伤骨，骨伤则痿，名曰枯。枯泄相搏，名曰断泄。荣气不通，卫不独行，荣卫俱微，三焦无所御，四属断绝，身体羸瘦，独足肿大，黄汗出，胫冷，假令发热，便为历节也。”此节是强调痛风与饮食过度的关系。事实上痛风最根本的疗法是饮食控制，低嘌呤饮食。“味酸味咸”，即内伤肝肾是由于滋味不节之故。“枯泄相搏”，即是筋骨并受损伤之意。因酸为肝之味，过酸则伤筋，筋所以束骨而利关节，伤则缓慢不收，肝气不敛，所以称为泄。咸为肾之味，过咸则伤肾，肾伤则髓竭精虚，肾气痿惫，所以称为枯。肝肾精血为人之本，肾不荣而肝不敛，根消源断，所以称为断泄。尤在泾在《金匮要略心典》中释“断泄”为“言其生气不续，精神时越也。”其意也为肝肾阴亏而虚阳上越之意。荣气不通，卫不独行，是病在阴而及于阳，不通不行，则营卫涸流。营卫本为水谷之气，三焦受气于水谷，而四肢（即四属）禀气于三焦，故营卫微，则三焦无气而四肢失养。又由于精微不化于上而身体羸瘦，阴浊独注于下，而足肿胫冷。此段总的精神是说明痛风患者的不同类型，即消瘦者过食滋味引起足肿，肌肉关节不利羸瘦更甚，又可发热出汗。其治法，以乌头汤治疗。《金匮要略·水气病》云：“黄汗之病，两胫自冷，假令发热，此属历节；食已汗出，又身常暮卧盗汗出者，此劳气也；若汗出已，反发热者，久久其身必甲错；发热不止者必生恶疮；若身重汗出已，辄轻者，久久必身瞤，瞤即胸中痛，如有物在皮中状，剧者不能食，身疼重，烦躁，小便不利，此为黄汗”。又云：“黄汗之为病，身体肿，发热汗出而渴，状如风水，汗沾衣，色正黄如柏汁，脉自沉。何从得之？……以汗出入水中浴，水从汗孔入得之。”又“身肿而冷，状如周痹。胸中窒，不能食，反聚痛，暮躁不得眠，此为黄汗”。以上描述，说明《金匮要略》的作者张仲景对痛风或尿酸肾已有较详细的观察，因为已明确了历节与黄汗是同源，但表现不同。此二段已明确黄汗患者有身体肿、发热、小便不利，这与尿酸肾病、尿酸结晶阻塞肾小管引起全身浮肿、尿少的临床表现十分吻合。由于尿酸在组织中沉积引起发热反应，但这种发热、浮肿，不同于“风水”（风水多属感染风邪，脉多浮），故说脉自沉。“若汗出已，反发热者，久

久其身必甲错”，说明痛风发热累及肾脏后长久引起肾小管损伤，造成电解质紊乱引起脱水的肌肤甲错。原文中所述如身重汗出已轻，但长久后胸痛，这与痛风肾引起的肾性高血压、继发高血压性心脏病的胸痛颇相类似。《金匮》论“痛风”历节黄汗已较详细，但仍属行痹、痛痹的范畴。至唐人则谓之白虎病，至宋人则称之为白虎历节风，至元以后多称痛风，但其中经久不愈者多变鹤膝风。至明、清又称为箭风，如风毒肿溃称之为箭袋。此为《内经》、《金匮》后痛风病名之更迭。对痛风病机之立论或病状之描述所增不多，但对辨证归类有所发展。如朱丹溪云：“痛风者，大率因血受热，已自沸腾，其后或涉冷水，或立湿地，或扇取凉，或卧当风，寒外搏，热血得风寒，汗浊凝涩，所以作痛，夜则痛甚，行于阴也。”又《外台秘要》言：“近效论白虎者，大都是风寒暑湿之毒，因虚所致，将摄失理，受此风邪，经脉结滞，血气不行，蓄于骨节之间，或在四肢，肉色不变，其病昼静而夜发，发即彻髓酸痛不歇，其痛如虎之啮，故名曰白虎之病也。”强调了痛风的特点为白天痛轻或不痛，而人夜疼痛剧烈，且肉色不变，皮肤无表现，其疼痛程度如虎咬。其辨证病机是外寒搏内热，汗浊凝涩，经脉结滞，风寒暑湿之毒蓄于骨节之间。张石顽的《张氏医通》则进一步将痛风辨证分为风毒、血枯、恶血流人经络、痰气等类型。

根据历代医家的论述，结合临床实际，将痛风的病因病机概括如下：

1. **伤于湿气，留于血脉**

正如《灵枢·贼风》曰：“今有其不离屏蔽，不出空穴之中，卒然病者，非不离贼风邪气，其故何也？……曰：此皆有所伤于湿气，藏于血脉之中，分肉之间，久留而不去。”说明伤于湿气，留蓄于血脉之中，是痛风突然发病的重要原因和机理。

2. **气血凝结，外受风寒**

《灵枢·贼风》指出：“若有所堕坠，恶血在内而不去，卒然喜怒不节，饮食不适，寒温不时，腠理闭而不通。其开而遇风寒，则血气凝结，与故邪相袭，则为寒痹。其有热则汗出，汗出则受风。虽不受贼风邪气，必有因加而发焉。”说明恶血内留，或气血凝结是痛风发病的内因；外受风寒，或跌仆损伤，则为痛风发病常见的诱因。

3. **肝肾内亏，寒湿外袭**

《金匮要略·中风历节病》篇谓：“寸口脉沉而弱，沉即主骨，弱即主筋，沉即为肾，弱即为肝，汗出入水中，如水伤心，历节黄汗出，故曰历节。”尤在泾进一步指出：“历节为肝肾先虚，而心阳复郁，为历节黄汗之本也。心气化液为汗，汗出入水中，水寒之气从汗孔人侵心藏，外水内火，郁为湿热，汗液则黄；浸润筋骨，历节乃痛。历节者，遇节皆病也，盖非肝肾先虚，则虽得水气，未必便人筋骨；非水湿内侵，则肝肾虽虚，未必便成历节。”说明肝肾内虚，寒湿外袭，是痛风常见病因病机之一。

4. **气血虚弱，外受风寒**

《圣济总录》说：“历节风者，由血气虚弱，为风寒所侵，血气凝涩，不得流通关节，诸筋无以滋养，真邪相持，所历之节，悉皆疼痛，或昼静夜发，痛彻骨髓，谓之历节风也。”《金匮要略》说：“少阴脉浮而弱，弱则血不足，浮则为风，风血相搏，即疼痛如掣。盛人脉涩小，短气自汗出，历节疼，不可屈伸，此皆饮酒汗出当风所致。”说明气血虚弱，外受风寒，也是形成痛风的病因病机。

5. **外寒内热，汗浊凝涩**

丹溪云：“痛风者，大率因血受热，已自沸腾，其后或涉冷水，或立湿地，或扇取凉，或

卧当风，寒外搏热，血得风寒，汗浊凝涩，所以作痛，夜则痛甚，行于阴也。”提示外寒内热，汗浊凝涩是痛风病机之一。

6. 风湿痰饮，流注关节

《张氏医通》谓：“肥人肢节痛，多是风湿痰饮流注。”指出了肥人痛风，常由风湿痰饮流注所致。

7. 血枯津亏，筋脉失养

《张氏医通》谓：“瘦人肢节痛，是血枯。”《景岳全书》也说：“若筋脉拘滞，伸缩不利者，此血虚血燥证也。非养血养气不可。”说明在瘦人，痛风形成多与血枯津亏有关。

第三节　诊　断

一、辨病·西医诊断

（一）急性痛风性关节炎

1. 症状与体征

患者常在午夜突然发病，每因疼痛而惊醒。初时为单关节炎症，以拇趾及第一跖趾关节为多见，其次为其他趾关节和跗、踝、跟、膝、腕、指、肘等关节，偶有双侧同时或先后发作，后期可发展为多关节炎。关节红、肿、热、痛和活动受限，大关节受累时可有关节腔积液。一般经过1～2天或多至几周后可自然缓解，关节功能恢复，此时受累关节局部皮肤可出现脱屑和瘙痒，为本病特有的征候，但非经常出现。急性关节炎期间可有发热。急性期缓解后，患者全无症状，称为间歇期。此期可持续数月或数年，少数患者仅有一次单关节炎，以后不再发作；但多数患者在一年内复发。有些患者急性期症状轻微未被注意，待出现关节畸形后始被发现。受寒、受累、饮酒、食物过敏或进食富含嘌呤的食物、感染、创伤和手术等为发病常见诱因。

2. 实验室及其他检查

以下检查可确定诊断。但以前3项最为重要。

（1）血尿酸增高，在急性期增高明显，但与临床症状严重程度不一定平行。

（2）关节腔穿刺取滑囊液进行旋光显微镜检查，可发现白细胞内有双折光现象的针形尿酸盐结晶。

（3）痛风石活检或穿刺取内容物活检，证实为尿酸盐结晶。

（4）受累关节X线片检查，在骨软骨缘邻近关节的骨质，可有圆形或不整齐的穿凿样透亮缺损，系由尿酸盐侵蚀骨质所致，为痛风的X线特征；但在早期可无此表现。

此外，在急性关节炎期可有白细胞数增多，红细胞沉降率增高。

3. 诊断性治疗

急性期诊断有困难者，可用。

4. 诊断要点

（1）诊断：根据典型的关节炎发作表现、诱发因素、家族病史、发病年龄，以及泌尿道

尿酸结石病史等，可考虑为痛风。结合血尿酸检查、痛风石活检、关节腔滑膜液旋光显微镜检查等任何一项即可确诊。

（2）鉴别诊断：痛风急性关节炎期须与风湿性关节炎、类风湿性关节炎急性期、化脓性关节炎、创伤性关节炎等鉴别。慢性关节炎期需与类风湿性关节炎、假性痛风等鉴别。类风湿性关节炎多见于年轻女性，好发于四肢近端小关节，多关节受累，关节肿胀呈梭形，对称，伴明显晨僵，类风湿因子阳性，血尿酸不高。受累关节X线片早期仅有软组织肿胀和骨质疏松而关节改变不明显，久后关节面狭窄不平，出现骨侵蚀。晚期有骨性强直等特征；但关节边缘的穿凿样骨质缺损较痛风为小。假性痛风发病年龄较大，以膝关节为多见，关节滑液含焦磷酸结晶或磷灰石，X线片可见软骨钙化，血尿酸不高。风湿性关节炎、化脓性关节炎、创伤性关节炎等，根据其临床表现、实验室及其它检查与本病鉴别不难。

（二）慢性结石性痛风

从痛风首次发作至显著痛风结石出现的时间可3～42年，平均11.6年，决定尿酸盐沉积的速度和累及关节的因素是血尿酸的水平。广泛的大痛风石者血尿酸多大于11mg/dl。因此痛风石沉积的速度是高尿酸血症持续期和程度的后果。痛风石形成和肾脏病变的严重性有关。尿酸盐产生的速度过快无法及时清除，使尿酸盐池扩大，尿酸盐结晶沉积在软骨、滑膜、肌腱、软组织等处形成结石。

痛风石最典型的沉积部位是耳轮。结石沉积呈不规则非对称性分布，手指、手、膝、足等处散在性肿胀，常需换较大的鞋和手套。典型的“痛风鞋”是纳入关节肿胀的脚，在鞋的关节部位如第一跖趾关节处开一个窗。痛风石常沿前臂尺骨面分布，或为鹰嘴突滑囊的囊性扩张，或在跟腱部位呈梭形块状增大。

痛风石沉积的发展是隐性的，受累关节呈进行性强僵和持续性疼痛。最后关节广泛破坏的大痛风石可致手足畸形而病废。痛风石上皮肤绷紧光亮而非薄，可形成溃疡，有白垩或面糊样白色物质挤出。病变可侵及任何关节，但以下肢为主，脊柱罕见。在心肌、二尖瓣、心脏传导系统，以及眼、咽喉等部位也可发生痛风石。未用抗高尿酸血症制剂者，50%～70%痛风患者可发生痛风石。

此期多由急性关节炎反复发作和发展而来，每见于未经治疗或虽治疗面未达到治疗目的的患者。临床症状为多关节受累，发作较频，间歇期缩短，疼痛日渐加剧，甚至发作后症状亦不能完全缓解。严重者，亦可累及肩、髋、脊柱、骶髂、胸锁、下颌等关节和肋软骨，表现为肩背痛、胸痛、肋间神经痛及坐骨神经痛。痛风石是本期必有的特征。

（三）肾结石

痛风病者肾尿酸结石的发病率为10～25%。形成尿酸结石的主要原因为肾排泄尿酸增多。每日尿酸排出在1，100mg或以上时，尿酸结石的发生率达50%；与血尿酸增高亦有一定关系，如血尿酸≥0.77mmol/L（13mg/dl），其发病率大约可达50%。病者可有肾绞痛、血尿等。因尿酸结石可透X线，需藉肾盂造影始能证实。部分痛风病者，可以肾尿酸结石为最早的临床表现。

（四）肾病变

肾病变为尿酸盐在肾间质组织沉淀所致。如在集合管、肾盂或输尿管形成尿酸盐结晶使尿流阻断，可导致梗阻性肾病。病情为慢性经过，病者可有间歇性蛋白尿、等张尿、高血压、血尿素氮升高。晚期发展为肾功能不全。部分病者以肾病为最早的临床表现而无关节炎症状，易与肾小球肾炎和原发性高血压合并肾病变混淆。如在晚期肾功能不全始被发现，则较难判断高尿酸血症与肾病孰为因果。

（五）无症状性高尿酸血症

无症状性高尿酸血症系指血尿酸升高但无关节炎症状，亦无痛风石或尿酸石的出现。在男性原发性痛风，从青春期即开始，女性常至更年期，如系继发酶缺乏的高尿酸血症则出生后即出现。

37℃时尿酸盐在血浆中的饱和值为 7mg/dl（429umol/L），高于此值即为超饱和。和性别相配的健康人群，男性是 7mg/dl，女性是 6mg/dl（369umol/L），血清值超过 7mg/dl，则有引起痛风性关节炎或肾结石的危险。许多因素影响血尿酸盐浓度，包括年龄、性别。在青春期前男女均为 3.6mg/dl 左右。血尿酸盐水平的差异与肾脏对尿酸盐的清除率、雌激素和雄激素的内源性水平，以及其他包括室温、肥胖、成就、智力、社会地位等多种增高尿酸盐浓度的相关因子有关。

血尿酸增高因无症状，故在生存期间未能注意，可因首次痛风性关节炎或泌尿道结石的发现而宣告无症状期结束。首次痛风发生常在高尿酸血症持续至少 20 年～30 年以后；约 10%～40%痛风者在关节炎第 1 次发生前已有 1 次以上肾绞痛发作，有时超过 10 年以上。

二、辨证·中医诊断

（一）辨证要点

本病首次发作时，最要辨其寒热；痛止后则当注意邪气（风、寒、湿、热、痰、瘀）与正气（肝肾精血或气血之间）的偏盛偏衰；邪实时当注意湿浊与瘀血在病程中的作用，正虚时当注意精血与阳气何者亏虚为主。

（二）辨证分型

1. 寒痹证

[临床表现] 突发关节疼痛，常于夜间痛醒，遇寒加重，舌质淡润或淡滑，苔薄白，口不渴，二便自调，脉浮紧或沉紧。

[辨证分析] “寒气入经而稽迟，泣而不行，客于脉外则血少，客于脉中则气不通，故卒然而痛”（《素问·举痛论》）。本属寒证，故遇寒加重；舌淡润滑，苔薄白，口不渴，二便自调，皆属寒象；脉浮紧是寒邪外束之征，沉紧则为寒邪已入于经脉中，主痛。

2. 热痹证

[临床表现] 突然关节作痛，痛处有热感，其痛如虎咬，疼痛部位畏盖衣被，口干烦渴，或微渴，舌质红，或有裂纹，苔薄黄或黄厚而干，脉弦数或沉数有力。

[辨证分析] 痛处灼热，畏盖衣被，均为热痛确证；热伤津液，故口干烦渴，若热在营血，则口微渴，甚则反而不渴；舌质红，为热象；舌有裂纹，为阴伤之象；苔黄而干，脉数，均属热象。

3. **寒热错杂证**

[临床表现] 关节疼痛，身体尪羸，脚肿如脱，头眩短气，温温欲吐。关节疼痛遇寒即加剧，但又常感口干。

[辨证分析] 关节疼痛遇寒增剧，是寒邪阻滞经脉不通之征；常感口干，是热邪内郁，津液受伤之象；肢节疼痛日久，则关节肿胀；正气日耗，故身体尪羸；寒热交阻，升降失调，浊阴不降而上逆，故温温欲吐；清阳不升，故头眩短气。

4. **浊毒瘀滞证**

[临床表现] 有痛风阳性家族史，其人形体丰腴，平素嗜酒，善食肥甘厚味，发病夜半居多，病位多在下肢末端，日久见痛风结节或溃流脂浊，或伴“石淋”而腰痛尿血，甚至“关格”而尿闭频呕。

[辨证分析] 形体丰腴，平素嗜酒，善食肥甘厚味，致浊热痰浊瘀滞，蕴蓄体内，久则成为毒素；夜半发病，病在阴分，亦与瘀滞有关；病位多在下肢末端，为湿浊下注；浊毒与瘀血互结，日久气血不通，凝结成石，溃破流出脂浊，为浊毒内瘀之故；浊邪内结，日久可成结石，留于肾中，损伤肾络，则可见腰痛、尿血之症；浊邪内闭，上逆而呕，阻遏气化，则小便不通，便成“关格”之症。

5. **肝肾亏虚、寒湿痹阻证**

[临床表现] 肢节疼痛，屈伸不利，腰膝酸痛，畏寒喜温，心悸气短，舌淡苔白，脉象细弱。

[辨证分析] 本证常见于痛风日久、肝肾不足、气血两亏时。邪气留连，病久日深，着于筋骨，营卫凝涩不通，气血运行不畅，久之则肝肾失养，气血失荣，而成肝肾不足、气血两虚之证，故腰膝疼痛，肢节屈伸不利；畏寒喜温，舌淡苔白，为寒湿之象；脉象细弱，是气血虚弱、不能濡养筋脉、营卫空虚之象。

6. **阴虚血燥、筋脉失养证**

[临床表现] 痛风日久，形体消瘦，唯有痛处关节肿大，肢节屈伸不利，劲强不柔，舌质淡红或光红少苔，上有裂纹，脉细数或细涩。

[辨证分析] 本证常见于素体阴虚者，亦可见于痛风日久、形体由偏胖转为瘦削者。痛风日久，疼痛关节局部因湿浊瘀血留着而形肿大，肢节屈伸不利；阴血亏虚，筋脉失于濡养，则劲强不柔；舌淡红或光红少苔，有裂纹，为阴虚血燥；脉细数，是阴虚生内热之征；细涩，则由血虚不荣筋脉、不充血脉、转而不畅之故。

第四节 治 疗

一、西医西药治疗

原发性痛风目前尚无根治方法，但控制血尿酸可使病情逆转。痛风的治疗原则为：①尽可能迅速中止急性发作并防止复发；②纠正高尿酸血症，使血尿酸浓度经常保持在正常范围；

③防止尿酸结石形成和肾功能损害；④防止或治疗高甘油三酯血症、高血压、肥胖等能使痛风恶化的疾病。主要措施如下：

（一）一般处理

调节饮食，防止过胖，严格戒酒，减少嘌呤负荷。蛋白质摄入量限制在每日每公斤标准体重1克左右，糖类占总热量不超过50～60%，果糖宜少摄取，以免增加腺嘌呤核苷酸分解，加速尿酸生成。不进高嘌呤食物（心、肝、肾、脑、沙丁鱼、酵母等）。食物嘌呤含量（见表2—13—1），嘌呤饮食的分级（见表2—13—2）。

表2—13—1　食物中的嘌呤类含量

一级：每100克食物含极大量嘌呤体（150～1000毫克）　心（羊）174　浓缩肉汁、肉脯236～356　胡瓜鱼168　鲱鱼172　贻贝154　胰426　鲱鱼卵484　沙丁鱼234　酵母570～990

二级：每100克食物中含大量嘌呤体（75～150毫克）　凤尾鱼　成猪肉　鹅肉　松鸡　肝　肾　鲭鱼　野鸡　羊腿肉　鸽肉　麻哈鱼　小牛肉　扇贝肉　鲑鱼　火鸡　野味（鹿肉）

三级：每100克食物含中等量嘌呤体（最多75mg）　芦笋　鲈鱼　牛肉　牛肉或鸡肉汤　脑　酸苹果　鸡肉　鸭肉　大比目鱼　火腿　菜豆　小扁豆　利码豆　碎肝制成的红肠　蘑菇或菌类植物　羊排　青豆　牡蛎肉　豌豆　猪肉　兔肉　鱼卵　虾　菠菜　舌　内脏（胃肠等）　花生

四级：每100克食物中所含嘌呤体微不足道，或无嘌呤体　1. 饮料：茶　咖啡　果汁　汽水　巧克力　可可茶　2. 各种乳类和乳酪　3. 蛋类　4. 各种脂肪　5. 黄油　6. 胶质类（海参、鱼翅）　7. 面包、麦面粉或麦面食　8. 谷类及其制成品（如藕粉或生粉、玉米片或玉米粥、空心面、面条、西谷米）　9. 鱼子酱　10. 糖和蜜汁　11. 各种坚果（如桃核、栗子、花生酱等）　12. 蔬菜类（3级除外）　13. 浓缩维生素制品（如鱼肝油、大比目鱼油）　14. 馅饼（肉馅除外）　15. 含奶油制品（无肉类）　16. 各种果汁制品

表2—13—2　嘌呤饮食分级（低嘌呤饮食）

甲级（150～1000mg）	乙级（50～150mg）	丙级（0～15mg）
胰	肉　扁豆类	蔬菜类　乳酪类
肝	鱼　海味	果汁类
肾	豆	乳类
肉脯　肉汁	菠菜	蛋类
沙丁鱼	豌豆	谷类及其制品

低嘌呤饮食*

1. 免食肝、胰、肾、脑；每周二餐，每餐约80g，可选下列任一种食物：肉、鱼、家禽
2. 以乳酪和蛋类代替肉食
3. 每日服1～2磅牛乳（粉）以补充蛋白
4. 免食所有肉脯、肉汁（浓缩）、肉
5. 中等量减少下列蔬菜类：蚕豆（青豆）、豌豆、扁豆、菠菜
6. 可食用各种果类制品，包括新鲜、冰冻、罐头及干制品如果脯类
7. 可食用各种谷类及其制成品
8. 增加热卡需要，适当增加糖类食物，尤其是需要低脂饮食，限制乳酪、奶油食物时

* 低嘌呤饮食，每日含量约11mg嘌呤氮或34mg尿酸

酗酒可使高尿酸血症急性发作，慢性长期饮酒使嘌呤产生增加，导致高尿酸血症、尿症。如饮酒时食豆类、肉类，更增加嘌呤类负荷而复发。因此，节假日、宴会、婚礼的饮食，尤其是厚味葡萄酒、香槟酒，加上大量含嘌呤食物、高蛋白和高脂肪食物更易引起痛风发作。痛风患者对此应特别注意。鼓励多饮水，使每日尿量在2000ml以上。尿H^+浓度在1000nmol/L以上（pH6.0以下）时，宜服碱性药物，使尿H^+浓度在1000nmol/L以下（pH6.0～6.5之间）。不宜使用抑制尿酸排泄的药物。应对痛风患者家属进行检查，以发现早期病例。

对无症状的高尿酸血症患者应进行医学监护，如血尿酸经常超出正常范围，经饮食控制而未能回复正常，特别是有明显家族史及/或每日尿酸排泄超过1100毫克者，即使未出现关节炎、肾结石或肾功能不全等表现，亦需用降尿酸药物，使血尿酸维持正常。

（二）急性痛风性关节炎的治疗

绝对卧床休息，抬高患肢，避免受累关节负重。休息应至关节疼痛缓解72小时后始恢复活动。早用药疗效较好，如延迟用药，疗效可随时间的推移而下降。常用的药物有秋水仙碱、消炎痛、保泰松及其类似制剂如羟基保泰松、皮质激素，以及非甾体抗炎药如炎痛喜康、布洛芬等。如用上述药物治疗48小时仍不能控制疼痛，应考虑感染等促使炎症加剧的因素，其他情况时可换用药物治疗，或用中西医结合治法，或用水冲疗法。

（1）秋水仙碱：为治疗痛风急性发作的特效药，能迅速终止急性发作，一般于开始治疗后6～12小时症状减轻，24小时～48小时内约90%以上病人得到缓解。剂量为每小时0.5mg或每2小时1mg口服，直至症状缓解或出现腹泻等胃肠道副作用或用至最大剂量12次共6mg而病情无改善时停用。由于服用秋水仙碱常随关节症状的改善而出现副作用，在关节症状缓解前约50%～80%患者发生肠蠕动增加、痉挛性腹痛、腹泻、恶心、呕吐。因此，最好能摸索个体化病情的理想剂量。

静脉注射秋水仙碱能迅速获得疗效，减少胃肠道副作用，且其在白细胞的浓度较高并保持24小时恒定，一次静脉注射秋水仙碱后，经10天仍能检出。因此，在口服秋水仙碱出现严重胃肠道症状时，可予静脉缓慢注射秋水仙碱，剂量为2mg，以生理盐水10ml稀释，注射时间不少于5分钟，如病情需要，每隔6小时后可再予1mg（以相当于5～10倍容积生理盐水稀释），共2次，总剂量一般不超过4mg。在静脉注射秋水仙碱的同时，必须停止口服秋水仙碱。静注药液外渗易引起局部炎症坏死导致疼痛，有的可发生正中神经神经炎。因静脉给药胃肠道副作用小，失去对该药毒性指标的观察，此时骨髓抑制为第一并发症。秋水仙碱能导致骨髓抑制、肝细胞损害、秃发、精神抑郁、上行性麻痹、呼吸抑制等。在有骨髓抑制和肝、肾疾病的患者尤易出现毒性作用，因此这些病者使用秋水仙碱时需减量。该药还会引起白细胞减少及ARDS，应警惕使用不当可能促使死亡。血白细胞减少的患者禁用。

（2）消炎痛：开始剂量为50mg，每6小时1次，症状缓解后按此剂量继续24小时，以后逐渐减量至每次25mg，每日2次～3次。使用禁忌症为溃疡病、节段性肠炎、溃疡性结肠炎、严重感染和精神性疾病与肾功能不全。炎症性肠病亦为相对禁忌症，因可发生肠穿孔。

（3）糖皮质激素：能迅速缓解急性发作，但停药后往往出现“反跳”。因此，只有在秋水仙碱、消炎痛或其他非甾体类药（如保泰松、萘普生、fenoprofen等）无效或有禁忌症时采用。强的松剂量为10mg，每日3～4次。

（4）保泰松：治疗急性痛风性关节炎，约75%～90%患者服用本药有卓效。首次剂量200

～600mg，在第1天继用3次～4次，每次100mg～200mg，以后每日不超过600mg。一般在24小时后减至每次100mg，每日4次，连用1天～2天，然后逐渐停用。短期应用不超过1周，毒性作用罕见。治疗的主要并发症是钠潴留、溃疡病、血清病，故有溃疡病和钠潴留状态时禁用。保泰松能干扰常用口服药物，如抗凝剂和降糖药，合用时须谨慎。羟基保泰松也可应用，剂量相同，副作用亦类似。

(5) 甲氧奈丙酸：有效率75%。急性期首次用量500mg，以后25mg，每8小时1次。一般急性发作48小时内可控制。

(6) 苯氧苯丙酸：疗效为70%，常在48小时内即获得显效。

(7) 布洛芬（异丁苯丙酸）：每次800mg，每8小时1次，症状减轻后减至每次600mg，每6小时1次，直至72小时。在72小时内可完全缓解。

(8) 苯异丙酸：开始200mg静脉注射，然后以每小时100mg的速率静脉滴注，持续2～4小时，继以每日200～600mg口服，多数在24小时症状消失。

(9) 炎痛喜康（吡氧噻嗪）：每日口服1次，每次40mg，疗程5天（可2～7天）。服后2小时即能止痛，在24小时内可缓解。疗效显著，一般第3天完全缓解。少数病人治后血尿素氮或/及肌酐升高。

(10) 急性痛风性关节炎的药物选用和联合应用：推荐秋水仙碱、消炎痛、保泰松3种药物联合应用，每药的剂量相应减至原剂量的1/4～1/5或加用皮质激素类药，如倍他米松口服0.5mg，每日1～3次。联合应用可减少各药副作用，且能迅速缓解症状。秋水仙碱引起的腹泻可用鸦片樟脑酊和次碳酸铋治疗。

(三) 发作间歇期和慢性期的治疗

主要是使用排尿酸药物或抑制尿酸合成的药物，以控制高尿酸血症，使血尿酸维持在正常范围。

1. 排尿酸药

适用于血尿酸增高、肾功能尚好的病人。如病人肌酐清除率低于80ml/分时疗效开始降低，达30ml/分时无效。

(1) 羧苯磺胺（丙磺舒，probenecid）：抑制肾小管对尿酸重吸收，增加其排泄，从而降低血尿浓度。一般以0.25g开始，每日2次。两周内递增至0.5g，每日2～3次。如血尿酸增高显著，可每1～2周调整剂量1次，在原来每日剂量中增加0.5g，直至血尿酸降至理想水平。最大剂量每日不超过3g。由于其半衰期为6～12小时，因此，每日必须2～4次服药。副作用有过敏、皮疹等，偶可引起急性痛风发作，可辅以秋水仙碱治疗。

(2) 苯磺唑酮（suefinpyrazone）：作用机理与丙磺舒同，但作用时间较长。由于能增强丙磺舒排尿酸作用，对一些难治的患者，可与丙磺舒合用。剂量从每次50mg，每日2次开始，逐渐增至每次100mg，每日3～4次。最大有效量为每日800mg。维持浓度可根据血尿酸浓度决定。副作用与丙磺舒同，但其对骨髓毒性的发生率较高。

(3) 苯溴酮（benzbromarone）：作用机理与丙磺舒同。由于其毒性低，对肾功能不全者其疗效优于上述两药。有效剂量为每天25～100mg。

排尿酸药不仅能使血尿酸浓度降低，并可防止痛风石形成，已形成者能使之缩小。由于尿中的尿酸浓度可因服排尿酸药而提高，故在服药期间需大量饮水，同时口服碳酸氢钠以碱

化尿液，晚上加服乙酰唑胺 250mg，可使尿保持碱性，增加尿酸的溶解度，避免结石形成。尿 H^+ 浓度以维持在 1000nmol/L 以下（pH6.0 以上）为宜。已有尿酸结石形成，每日从尿排出尿酸盐 900mg 以上时，不宜用排尿酸药。在使用排尿酸药时，不宜与水杨酸、乙酸吡嗪、噻嗪类利尿药、速尿、利尿酸等抑制尿酸排泄的药物同用。

2. **抑制尿酸合成药**

别嘌呤醇（qllopurinol）能抑制黄嘌呤氧化酶，使尿酸生成减少，适用于尿酸生成过多，对排尿酸药过敏或无效，以及不适宜使用排尿酸药的患者。剂量为每次 100mg，每日 2～4 次，最大剂量每日可用至 600mg。待血尿酸降至正常范围，然后逐渐减至能使尿酸维持在正常水平的合适剂量。别嘌呤醇在体内半衰期为 2～3 小时，而其主要代谢产物——氧嘌呤醇的半衰期则长达 18～30 小时，且对黄嘌呤氧化酶能起抑制作用，因此认为别嘌呤醇可以每日 1 次用药，其疗效与分次用药相同。此药与排尿酸药同用可增强疗效，待别适用于痛风石严重而肾功能良好的患者。副作用有胃肠道不适、皮疹、发热、毒性表皮坏死松解、肝和骨髓损害等，多见于肾功能不全的患者。因此，对有明显肾功能不全的患者，别嘌呤醇的剂量应减半。用药期间可引致痛风发作，给予秋水仙碱 0.5mg，每日 3 次，可使症状缓解。

二、中医中药治疗

（一）辨证论治

1. **寒痹证**

[治法] 散寒通痹止痛。

[方药] 乌头汤。

制川乌 5 克（先煎 1 小时），麻黄 6 克，白芍 15 克，黄芪 15 克，甘草 5 克，蜂蜜 30 克。

[加减] 痛在下肢，加独活、牛膝；痛在上肢，加羌活、威灵仙、川芎；伴腰膝酸痛，加杜仲、桑寄生、川断。

[分析] 此证属风寒伤于筋骨，故用麻黄开腠理，散寒邪，解风痹；芍药养血柔筋通痹；黄芪益气，气壮则邪退；乌头善走，祛寒止痛，又能入骨搜风，故深在筋骨之寒邪，必以乌头搜而逐之；甘草调和诸药，兼能解毒。更以蜜煎，以缓乌头之性，使之留连筋骨，以利其屈伸；且蜜之润又可养血益筋，兼制乌头燥热之毒。

2. **热痹证**

[治法] 清热解毒，凉血通络。

[方药] 千金犀角散加减（改作汤剂）。

羚羊角 0.3 克（磨水冲服），前胡 15 克，黄芩 15 克，栀子 12 克，大黄 6 克，射干 10 克，升麻 10 克。

[加减] 热毒炽盛加银花、忍冬藤、大青叶、连翘、赤芍、玄参；痛剧加乳香、没药。

[分析] 方中犀角为清热解毒凉血通脉之要药。现以羚羊角代之，效果亦佳。合黄芩、栀子、升麻，清热解毒之力更大。射干配前胡以清气分之热。更用大黄通下泄热，令邪热有外出之路。若配以生地、赤芍、丹皮以凉血，银花、连翘、大青叶以解毒，乳香、没药以止痛，效果更好。

3. 寒热错杂证

[治法] 温经散寒，清热除湿。

[方药] 桂枝芍药知母汤。

桂枝 6 克，赤芍 10 克，知母 6 克，白术 10 克，防风 10 克，麻黄 6 克，附子 6 克，炙甘草 10 克，生姜 6 克。亦可用上中下通用痛风方：桂枝 6 克，川芎 6 克，南星 6 克，威灵仙 10 克，黄柏 10 克，龙胆草 6 克，桃仁 10 克，红花 6 克，水煎服。

[分析] 桂枝芍药知母汤，为仲景治疗寒热错杂之历节病的名方。方中桂枝、麻黄发散风寒之邪；白术健脾祛湿；附子散寒；芍药、知母清热和阴于里；生姜、甘草调和诸药。合方共奏温经散寒清热通络之效，对寒热错杂之症颇为合拍。上中下通用痛风方为朱丹溪所制，方中黄柏、龙胆草苦寒清热燥湿；桂枝、羌活、川芎辛温通络而祛风湿；桃仁、红花活血，取治风先治血、血行风自灭之意；白芷治上，苍术治中，防己治下；加南星、威灵仙又能祛痰搜风，共奏疗痹之效。本方寒热并用，且注意到了痰凝瘀滞在痹痛病机中的作用，故对本病寒热错杂者合适。

4. 浊毒瘀滞证

[治法] 泄浊化瘀。

[方药] 泄浊化瘀汤。

土茯苓 45 克，萆薢 20 克，生苡仁 30 克，泽兰 10 克，泽泻 12 克，全当归 10 克，桃仁 10 克，红花 6 克。

[加减] 风邪入络，肢节屈伸不利，加豨莶草、徐长卿、威灵仙、老鹳草、鸡血藤、乌梢蛇、地龙之类以祛风通络；湿浊重加苍术、蚕砂、车前子；血瘀甚加全蝎、蜈蚣、炒玄胡、六轴子；关节漫肿，结节质软，为兼夹凝痰，加僵蚕、白芥子、陈胆星等化痰之品；痰瘀交阻，深入骨骱，见关节僵肿畸形，结节质硬，加炮山甲、蜣螂虫、僵蚕、蜂房等破瘀开结，消痰软坚；或辅以骨碎补、大熟地、补骨脂、肉苁蓉等补肾健骨，填精益髓，对痛风慢性或间歇期维持治疗可以奏效。倘为痛风急发，可增大土茯苓、萆薢量，并加入虫蚁搜剔、蠲痹定痛之品，然后辨其寒热，选配寒水石、生地、知母、虎杖、忍冬藤、水牛角、葎草等以清热通络，或选配川乌、草乌、制附子、桂枝、细辛、仙灵脾、大熟地等以温经散寒，以加强消炎止痛之功。本病伴肾病、结石者，则加用通淋化石、益气补肾法等。

[分析] 本方以土茯苓、萆薢、苡仁、泽泻利湿泄浊；当归、桃仁、红花、泽兰化瘀。方中土茯苓甘淡性平，主入脾胃二经，可助升清降浊；萆薢苦甘性平，主入肾与膀胱二经，有利分清泌浊。两药皆能除湿、解毒、利关节。

5. 肝肾亏虚，寒湿痹阻症

[治法] 补益肝肾，祛风除湿。

[方药] 独活寄生汤加味。

独活 10 克，桑寄生 30 克，杜仲 12 克，淮牛膝 15 克，细辛 6 克，秦艽 12 克，茯苓 12 克，肉桂 10 克，防风 10 克，川芎 10 克，人参 6 克，当归 15 克，白芍 12 克，干地黄 12 克，老鹳草 30 克，透骨草 30 克，豨莶草 30 克，甘草 5 克。

[加减] 气虚明显者，加黄芪；寒痛明显者，加附片、干姜、乳香、没药。

[分析] 方中以独活祛除伏风，善祛下焦与下焦筋骨间之风湿，以止痹痛；配细辛发散阴经风寒，搜剔筋骨风湿而止痛；防风祛风邪以胜湿；秦艽除风湿而舒筋；寄生、杜仲、牛膝

祛风湿兼补肝肾；当归、川芎、地黄、白芍养血活血；人参、茯苓补气健脾；肉桂温通血脉；甘草调和诸药。全方祛邪扶正并重，补气血益肝肾，祛风湿。复加长于祛风湿通经络而止痛的三草（老鹳草、透骨草、豨莶草），疗效更佳。

6. **阴虚血燥、筋脉失养证**

[治法] 滋阴养血，舒筋止痛。

[方药] 四物汤加味。

当归 15 克，生地 15 克，熟地 15 克，白芍 15 克，川芎 6 克，秦艽 12 克，天花粉 15 克，木瓜 6 克，甘草 5 克，百合 30 克。

[加减] 虚热明显，加黄柏 10 克、知母 10 克；若下肢自感发热，舌苔根部黄腻者，为挟有下焦湿热，加黄柏、苡仁、苍术、牛膝。

[分析] 方中四物汤养血，配以天花粉生津润燥；木瓜酸以入肝，除湿舒筋；百合以润百脉；秦艽以通络止痛。共呈滋阴养血、舒筋止痛之效。但若兼下焦湿热，需佐用四妙散，效果方好。

（二）验方治疗

1. **镇痛消风汤**[1]

[组成] 车前子 15 克，秦艽 12 克，威灵仙 12 克，川牛膝 12 克，忍冬藤 12 克，地龙 12 克，黄柏 10 克，山慈菇 10 克，甘草 6 克。

[加减] 痛甚加制川乌 9 克、玄胡 12 克；热盛加野菊花 15 克、黄花地丁 30 克；活血加丹参 15 克；利尿加滑石 15 克。

[用法] 水煎服，每日 1 剂。如红肿较甚，局部可用紫金锭调醋外搽。

[功用] 清热利湿，消风通络。

[疗效观察] 用上法治疗痛风 18 例，均可使血尿酸值降至正常。一般服用 2 周，可延至 4 周。方中车前子、地龙、山慈菇均有一定排尿酸作用；秦艽、威灵仙可解除尿酸性疼痛。

2. **加减当归拈痛汤**[1]

[组成] 羌独活各 9 克，防风 9 克，防己 9 克，葛根 15 克，宣木瓜 12 克，忍冬藤 30 克，油松节 9 克，全当归 12 克，赤芍 9 克，炒苍术 9 克，茵陈 15 克，虎杖根 15 克，生甘草 5 克，猪苓 9 克。

[加减] 上肢患病加桑枝；下肢加川牛膝；病程长、关节变形加海风藤、天仙藤、威灵仙。

[用法] 水煎服，每日 1 剂。服至症状消退再服 2 周。部分患者以后再服二妙丸 2～4 剂。治疗期间禁食含高嘌呤食物，禁酒，卧床休息，多饮水。

[功用] 祛风通络，清热利湿。

[疗效观察] 用上法治疗痛风共 40 例，治愈 7 例，有效 29 例，无效 4 例。总有效率为 90%。

3. **四妙散加味方**[1]

[组成] 苍术 10 克，黄柏 10 克，络石藤 10 克，没药 10 克，归尾 15 克，蚕砂 15 克，六一散 10 克，车前子 10 克，忍冬藤 30 克，蒲公英 30 克，薏苡仁 30 克。

[加减] 病在下肢加牛膝 10 克；病在上肢加威灵仙 10 克；血尿加小蓟、石苇、瞿麦。

[用法] 水煎服，每日 1 剂，14 日为 1 疗程。外用芙蓉叶、生大黄、赤小豆等份研极细末，按 4∶6 比例加入凡士林，和调为膏，敷患处，日 1 次。

[功用] 清热利湿，通络止痛。

[疗效观察] 用上法治疗共34例，治愈26例，显效8例。有效率100%。

4. 四君二妙加味方[1]

[组成] 党参15克，苍术12克，茯苓20克，黄柏10克，独活15克，苡仁30克，泽泻10克，威灵仙20克，桂枝9克，当归10克。

[加减] 痛甚加元胡15克，制川乌、细辛各10克；尿路结石加金钱草30克、猫爪草20克；挟瘀血加丹参30克、赤芍15克。

[用法] 每日1剂，水煎至200ml，分2次服。

[功用] 健脾祛湿，泄浊通络。

[疗效观察] 治疗时间最长16天，最短者3天，平均6天。以关节肿痛消失，血尿酸恢复正常，纳差、乏力、苔浊腻消除为临床缓解；诸症较服药前减轻为好转；以服药后诸症无变化为无效。共治48例，其中临床缓解13例，好转29例．无效2例。总有效率90.2%。

5. 地黄萸苓方[2]

[组成] 生地黄15克，山茱萸10克，茯苓10克，泽泻10克，黄芪15克，丹参15克，益母草15克，桑寄生15克，秦艽20克。

[加减] 畏寒肢冷、腰膝冷痛属肾阳虚者，加仙灵脾10克、仙茅10克；腹胀便溏属脾气虚者，加党参10克、炒白术10克；口干、尿黄、脉数属热甚者，加黄芩10克、黄柏10克，或山栀10克；头晕头痛属肝阳上亢者，加钩藤10克、菊花10克、明天麻10克。

[用法] 水煎服，日1剂。

[功用] 补肾益气，活血利尿。主治原发性痛风肾变期属气血两虚型。

[疗效观察] 用本方治疗原发性痛风肾变期6例，显效（症状、体征消失，血压降至正常，血 肌酸下降至1.8毫克%，血尿素氮下降至20毫克%，血尿酸降至6毫克%以下）2例，好转（症状、体征显著减轻，血压降至150/90mmHg以下，血尿酸降至7毫克%以下）4例。

6. 痛风方[2]

[组成] Ⅰ方：苍术9克，黄柏、牛膝、海桐皮、姜黄、威灵仙各12克，豨莶草15克，毛冬青、入地金牛、黑老虎各30克。Ⅱ方：桂枝、川芎各10克，羌活、苍术、桑枝、秦艽各12克，牛膝、丹参、防己各15克，甘草6克。

[用法] 水煎服，日1剂。Ⅰ方同时配合外敷方（侧柏叶、大黄各30克，黄柏、薄荷、泽兰各15克，共研末，加蜜适量，再加水调糊外敷）。Ⅱ方同时配合保留灌肠方（大黄、槐花、积雪草各30克，煎液保留灌肠）。

[功用] Ⅰ方：清热祛湿，通络止痛。主治原发性痛风急性关节炎期属湿热型。Ⅱ方：散寒祛湿，通络止痛。主治原发性痛风急性关节炎属寒湿型。

[疗效观察] 治疗原发性痛风急性关节炎12例，除1例无效外，其余11例关节肿胀均得到不同程度的改善，其中疼痛消失者4例，明显减轻者5例，好转者2例。疼痛改善时间7～40天，平均25天。复查血尿酸降低者7例，无变化者5例。7例尿素氮增高者，治疗后4例下降。

7. 张氏痛风方[2]

[组成] Ⅰ方：太子参、花龙胄（先煎）各15克，炒白术、茯苓、生地、熟地、淮山药、泽泻、当归、海藻、贝母各10克，车前子（包）、生牡蛎（先煎）各30克，丹皮5克。Ⅱ方：

车前子（包）、丹参、仙灵脾各30克，仙茅、知母、黄柏、山药、泽泻、茯苓、萆薢各10克，木瓜5克。

[用法] 水煎服，日1剂。Ⅱ方另配豨莶丸，每次1粒，日2次。

[功用] Ⅰ方：补益脾肾，软坚化痰。主治原发性痛风肾结石期脾肾两虚型。Ⅱ方：温补肾阳，清利湿热，祛风通络。主治原发性痛风肾变期肾阳不足型。

[疗效观察] 用Ⅰ方治疗1例，服药90余剂后，尿素氮从57毫克%降为33.5毫克%，肌酐从5毫克%降为2.8毫克%，尿蛋白定性从（++）降为（+），服药后尿酸为9.2毫克%。用Ⅱ方治疗1例，服药7个月后病情稳定，肌酐从3毫克%降为1.5毫克%，二氧化碳结合率从44.8容积/%降为26.9容积/%，尿素氮从48.5毫克%降为17毫克%，尿蛋白定性从（+++）降为（++）。

8. **滋阴活血方**[3]

[组成] 生地、首乌、枣皮、茯苓、丹参、乳香、当归、木瓜、牛膝、忍冬藤、薏苡仁。

[加减] 神疲乏力者加黄芪；痛甚者加田三七；关节红肿、大便秘结者加黄柏、大黄、地龙；关节疼痛夜间尤甚，伴肢冷、畏寒、苔白滑润者加制附片、桂枝。

[用法] 水煎服，日1剂。

[功用] 滋补阴血，凉血活血，清热解毒，利湿消肿，通络止痛。适用于阴血亏虚，瘀热湿交结之痛风。

[疗效观察] 治疗痛风13例，病程1～9年。痊愈（关节红、肿、热、痛消失，活动功能恢复正常，血清尿酸下降明显）4例，有效（关节红、肿、热、痛基本消失，偶有阵痛，关节活动功能基本恢复正常，血清尿酸较前下降）2例。总有效率达100%。

9. **痛风饮**[3]

[组成] Ⅰ号方（适用于急性期）：水牛角50克，生石膏100克，知母15克，生地30克，金银花20克，蒲公英15克，车前子20克，滑石20克，薏苡仁30克，桃仁15克，红花10克，乳香6克，没药6克，当归15克，甘草6克。Ⅱ号方（适用于缓解期巩固治疗）：生石膏30克，知母10克，金银花10克，秦艽15克，威灵仙15克，石楠藤30克，车前子20克，金钱草30克，当归15克，乳香6克，没药6克，地龙10克，甘草6克。

[用法] Ⅰ号方：每剂水煎2次，每次煎30分钟，取汁250毫升，分次口服，每日2剂，一般连服3天显效。Ⅱ号方：每剂水煎4次，每次取汁250毫升，分次口服，每日1剂，连服半月为1疗程。

[功用] Ⅰ号方：清热养阴利湿，活血通络止痛。Ⅱ号方：除湿通络，佐以清热活血、通淋排石。

[疗效观察] 治疗急性痛风性关节炎14例，治愈（症状消失，血尿酸降至正常，随访2年未复发）6例，占42.9%；好转（症状缓解，血尿酸下降接近正常）8例，占57.1%。总有效率为100%。

10. **加味四妙汤**[4]

[组成] 黄柏、苍术、牛膝、萆薢、赤芍、地龙各15克，生薏苡仁20克，防己、泽泻各10克，金钱草30克，全蝎5克。

[加减] 脾胃虚弱加生黄芪、白术、山药、白茯苓等；肝肾不足加独活、续断、桑寄生、知母、生地黄等；肿甚加滑石、土茯苓等。

[用法] 水煎服，日 1 剂。对起病急、病情重者加服 1 剂，并将药渣敷于患处。15 日为 1 疗程。治疗期间禁食动物内脏、牛羊肉等食物。

[功用] 清热除湿，祛风通络，活血止痛。

[疗效观察] 用本方治疗痛风 15 例，结果治愈 9 例，显效 5 例，好转 1 例。

11. **痛风汤（编者拟名）**[5]

[组成] 熟附片、苍术、当归各 9 克，桂枝、生甘草各 6 克，萆薢、仙灵脾、川牛膝各 12 克，土茯苓、生黄芪、生薏苡仁、虎杖、鸡血藤各 15 克。

[加减] 病程长、关节有变形且僵硬者酌加威灵仙、五加皮、海桐皮、僵蚕；痛风结石加金钱草；脾胃虚甚加党参、炒白术。

[用法] 水煎服，日 1 剂。1 个月为 1 疗程。病情稳定后，将上药研末为丸，每次 6 克，日 2 次吞服。禁酒及高嘌呤类饮食。

[功用] 益气温阳，除湿通络，活血止痛。

[疗效观察] 用本方治疗原发性痛风 28 例，经 2～3 个疗程治疗，结果显效 15 例，有效 11 例，无效 2 例。总有效率为 92.86%。

12. **痛风 I 号合剂**[6]

[组成] 苍术、薏苡仁、片姜黄、陈皮等。

[用法] 上药经水煎、浓缩、提取、灭菌等工艺，制成口服合剂。每次 30 毫升，日 3 次，饭前空腹口服，连用 2 周。治疗期间停用治疗痛风西药，不干涉伴有其他疾病的治疗，忌酒、动物内脏及海鲜等。

[功用] 除湿通络，理气活血。

[疗效观察] 用痛风 I 号合剂治疗痛风性关节炎 70 例，结果显效（受累关节症状和体征在 5 日内消失，短期内未复发）61 例，占 87.14%；有效 9 例，占 12.86%。总有效率为 100%。

13. **原发性痛风汤（编者拟名）**[7]

[组成] 党参 15 克，茯苓 20 克，薏苡仁 30 克，苍术 12 克，黄柏 10 克，泽泻 10 克，灵仙 20 克，当归 10 克，独活 15 克，桂枝 9 克。

[加减] 痛甚加元胡 15 克、制川乌 10 克、细辛 10 克；兼肾虚者加杜仲 15 克、枸杞子 15 克；夹瘀者加丹参 30 克、赤芍 15 克。

[用法] 水煎至 200 毫升，分 2 次服，日 1 剂。

[功用] 健脾祛湿，泄浊通络。

[疗效观察] 用本方治疗原发性痛风 54 例，结果临床治愈（关节肿痛消失，关节活动功能 正常，血尿酸、血沉等化验指标降至正常范围）25 例，好转（关节肿痛减轻，关节活动改善，血尿酸、血沉下降）27 例，无效（关节肿痛无缓解，关节活动无改善，血沉、血尿酸未下降或升高）2 例。总有效率为 96.3%。

14. **加减金匮肾气汤**[8]

[组成] 制附子、肉桂、熟地、山药、丹皮、茯苓、泽泻、山萸肉、金钱草、萆薢、桃仁、红花。

[加减] 风邪偏盛加羌活、独活、防风、秦艽；寒邪偏盛加麻黄、川乌、草乌、细辛；湿邪偏盛加苍术、防己、蚕砂；热邪偏盛加寒水石、生石膏、知母、黄柏；痰瘀痹阻选加胆南星、白芥子、炮山甲、土鳖虫、乌梢蛇、蜈蚣。

[用法] 水煎服，日 1 剂。

[功用] 补益肾气，活血除湿，温经散寒。

[疗效观察] 用本方治疗痛风性关节炎 15 例，经 1 个月治疗后，好转 13 例，无效 2 例。总有效率为 86.7%。

15. **加味三妙散**[9]

[组成] 黄柏、苍术、牛膝各 10 克，乳香、没药、车前子各 15 克，萆薢 10～15 克，生山楂 15 克，土茯苓 15～20 克。

[加减] 实热型加忍冬藤、忍冬花、白花蛇舌草、金钱草、茵陈、丹参、桃仁；湿热型加金钱草、茵陈、青皮、陈皮、建曲；气滞血瘀型加丹参、桃仁、土鳖虫、炮山甲、忍冬藤、防己。

[用法] 水煎服，日 1 剂。同时外敷金黄散。

[功用] 清热除湿，活血止痛。

[疗效观察] 用本方治疗急性痛风性关节炎 33 例，结果治愈 13 例，好转 16 例，无效 4 例。总有效率为 88%。远期观察 2 年以上未复发 11 例，2 年内无发作 5 例，偶有发作 13 例，常发作 4 例。

16. **痛风高尿酸血症方（编者拟名）**[10]

[组成] 急性发作期方：药用土茯苓、银花藤、滑石、生苡仁各 30 克，泽泻、苍术各 15 克，半夏、丹皮各 10 克。湿浊热化加水牛角 30 克，赤芍、生地、黄柏各 12 克；湿浊寒化加麻黄、桂枝、川乌、草乌各 10 克，蜂蜜 100 克，久熬 1 小时。发作间隙期方：药用党参、当归、赤芍、泽泻、黄柏、川萼各 10 克，苍术 15 克，土茯苓 30 克，半夏 12 克。阳虚加桂枝、鹿角霜；阴虚加生地、何首乌；湿甚加防己、蚕砂、薏苡仁；热甚加黄连；痛甚加白芷、全蝎、蜈蚣，并配服归脾丸。

[用法] 水煎服，日 1 剂。30 日为 1 疗程。

[功用] 急性发作期方：清热除湿，凉血活血，化瘀通络。发作间隙期方：益气活血，清热除湿，化瘀通络。

[疗效观察] 用本方治疗痛风高尿酸血症 31 例，结果痊愈 21 例，有效 8 例，无效 2 例。

17. **运脾渗湿方**[11]

[组成] 萆薢、白术各 20 克，土茯苓 50 克，猪苓、滑石各 15 克，川牛膝、瞿麦、萹蓄、车前子、大黄各 10 克，桂枝 5 克，生苡仁 30 克。

[加减] 急性期，关节红肿热痛者加生石膏、制苍术各 10 克，生知母、黄柏各 15 克；慢性期，关节畸形僵硬，有痛风石者去车前子、白术，加桃仁 15 克，红花、穿山甲、当归各 10 克，蜣螂 6 克；体虚加党参、黄芪各 20 克；尿路结石加石苇、金钱草各 20 克。

[用法] 水煎服，日 1 剂。20 日为 1 疗程。

[功用] 清热利湿通络。

[疗效观察] 用本方治疗痛风（血尿酸浊度均增高）35 例，经 3 个疗程治疗，结果痊愈 30 例，有效 4 例，无效 1 例。

18. **消痛饮**[12]

[组成] 当归、防风各 12 克，牛膝、防己、钩藤各 15 克，泽泻、赤芍各 18 克，忍冬藤、木瓜各 25 克，老桑枝 30 克，甘草 5 克。

[加减] 关节红肿甚者加黄柏、地龙；大便燥结者加大黄；痛甚加田三七、乳香、没药。

[用法] 水煎服，日1剂。同时用马钱子、生半夏、艾叶各20克，红花15克，王不留行40克，大黄、海桐皮各30克，葱须3根，煎汤熏洗，日2次。部分病例配合服消炎痛，每次25毫克，日3次。

[功用] 祛风除湿，活血通络。

[疗效观察] 用本方治疗痛风性关节炎18例，结果显效15例，有效3例。随访15例，于7年、5年、3年后分别复发1例、2例、2例，1年内3次复发者2例，其余未复发。

19. **痛风煎**[13]

[组成] 防己15克，苍术10克，薏苡仁30克，知母10克，石膏15克，连翘10克，蒲公英15克，萆薢10克，金钱草10克，秦艽10克，川芎10克，生甘草6克。

[加减] 红、肿、热、痛甚者加炒黄芩8克，制乳香、制没药各10克；关节肿甚僵硬者加土鳖虫10克、蜈蚣1条；上肢关节痛甚者加桑枝15克、羌活10克；下肢关节痛甚者加川牛膝15克。

[用法] 水煎早晚各服1次，每日1剂。

[功用] 清利湿热，通络消肿止痛。

[疗效观察] 用本方治疗痛风性关节炎28例，结果治愈（关节红、肿、热、痛和痛风结石消失，无浮肿、高血压及尿频、尿痛等肾脏损害的临床表现，血尿酸、尿常规、肾功能检查正常）16例，好转（关节肿痛减轻，痛风结石缩小或消失，血尿酸、尿常规及肾功能检查好转）12例。平均服药38.2剂。其中主要检查指标之一血尿酸（μmol/L）变化情况（$\bar{x}\pm s$）：治疗前为604.14±108.39，治疗后为224.69±101.44。病程和疗效的关系：病程20天～1年者9例，治愈7例，好转2例；2～10年者13例，治愈7例，好转6例；11～24年者6例，治愈2例，好转4例。

20. **健脾泄浊汤（编者拟名）**[14]

[组成] 党参、独活各15克，苡米30克，苍术12克，黄柏、当归、泽泻各10克，威灵仙、云苓各20克，桂枝9克。

[加减] 痛甚者加元胡15克，制川乌、细辛各10克；尿路结石者加金钱草30克、猫爪草20克；挟瘀血者加丹参30克、赤芍15克。

[用法] 水煎至200毫升，分2次服，日1剂。

[功用] 健脾祛湿，泄浊通络。

[疗效观察] 用本方治疗急性痛风性关节炎48例，临床缓解（关节肿痛消失，血尿酸恢复正常，纳差、苔浊腻消除）13例，好转（诸症较服药前减轻）29例，无效（服药后诸症无变化）2例。总有效率为90.2%。治疗时间最长者16天，最短者3天，平均6天。

21. **宣痹汤**[15]

[组成] 防己、连翘各12克，杏仁、法夏、蚕砂、栀子各10克，滑石、赤小豆皮、忍冬藤各15克，薏苡仁20克。

[加减] 红肿甚加丹参、生地、赤芍、丹皮等；疼痛剧烈加制乳香、制没药、姜黄、牛膝、元胡等；多个关节受累加全蝎、蜈蚣、地龙等。

[用法] 水煎取液450毫升，分3次服，日1剂。并限制高嘌呤饮食。

[功用] 健脾除湿，清热利尿，泄浊通络。

[疗效观察] 用本方治疗痛风14例，结果显效（1周内症状基本缓解，血尿酸水平正常）8例，有效6例。治疗后血尿酸由504.0±100.9μmol/L降至290.0±112.6μmol/L，与治疗前比较有非常显著性差异（P<0.01）。复发者再用本方治疗收到同样效果。

22. **消痛护胃汤**[16]

[组成] 当归、赤芍、丹皮、防风、松节、苍术、枳壳各10克，川牛膝、萆薢、泽泻、党参各15克，忍冬藤30克，桂枝、甘草各5克。

[加减] 关节红肿热甚者加黄柏、知母；痛剧加三七、全蝎（研末装胶囊吞服）；急性期过后，关节畸形，痛风结石形成加炮山甲、浙贝母；间歇期或伴尿路结石加薏苡仁、金钱草、鸡内金；伴高血压、冠心病加钩藤、丹参、郁金；慢 性期川牛膝易怀牛膝，加熟地。

[用法] 水煎2次温服，第3煎睡前温洗双足，日1剂。治疗期间禁酒及动物内脏、海味，多饮水。

[功用] 除湿泄浊，行气活血，通络止痛，健脾护胃。

[疗效观察] 用本方治疗痛风30例，结果治愈7例，有效21例，无效2例。

23. **加味玉女煎**[17]

[组成] 生石膏、熟地、金银花、赤芍各30克，知母、麦冬、牛膝、丹皮各10克，丝瓜络20克，生甘草6克。

[加减] 体强且毒热炽盛倍生石膏；肘关节发病去牛膝，加桑枝；痛剧加壁虎；便秘加生大黄（后下）；症状缓解去熟地、麦冬，加苍术、白术。

[用法] 水煎服，日1剂。

[功用] 养阴清热，凉血活血，通络止痛。

[疗效观察] 用本方治疗急性痛风性关节炎33例，结果显效（3日内体温恢复正常，1周内局部红肿热痛消失，1月后复查血尿酸已恢复或接近正常，半年内未复发）15例，好转18例。

24. **痛风灵合剂**[18]

[组成] 淮牛膝、慈菇片、莪术各12克，海桐皮、苏木、大腹皮各10克，片姜黄9克，二丑6克，生甘草3克。

[加减] 反复发作者加黄芪、桂枝。

[用法] 水煎服，日1剂。并用镇江膏药烤化，上撒药粉“四虎散”（《医宗金鉴》）加玄明粉、樟脑各5克，白胡椒3克，研细，过120目筛，敷于患处，12小时1次。

[功用] 活血散结，祛风通络，利尿泄浊。

[疗效观察] 用本方治疗痛风100例，结果显效（治疗48小时后，临床症状消失，行动自如，1周后查血尿酸明显下降，<420μmol/L，1年内无复发）72例，有效28例。总有效率为100%。

（三）外治

（1）以蕲艾500克左右，先用一半焙干，摊痛处，外铺灯芯草一层，以指甲在痛旁不时攒之，冷则更递焙用，三次稍歇；又顷，如前再用，自四五度效。不可抚摩，抚摩则七窍闭郁也。

（2）好陈醋5大碗，煎沸，入葱白500克，将葱裹痛处熨之。

三、中西医结合治疗

方法一[1]

痛风发作血尿酸值不高，或仅在正常高限值上下波动者的中西医结合治疗。

此类痛风发作的原因可能与多种综合因素有关：①药物因素：患者在高嘌呤饮食后为了预防出现高尿酸血症，服用别嘌呤醇诱至痛风发作，其机理可能与别嘌呤醇诱发自身免疫性疾病，促使机体反应性过高有关。即过敏性因素对尿酸类结晶产生高反应状态，大量血管活性物质释放导致局部炎症反应。②气候因素：天气突然变化，由冷转热，或由热转冷，负重关节外露或局部裸露，尤以睡眠时，长时间该部分静止，局部温度降低，血循环不良，导致局部组织尿酸结晶瘀积，因此引起局部反应。③环境和情绪因素：环境改变，如夏天久居空调房间不活动，或情绪紧张，局部血管舒缩障碍，局部气滞血瘀，尿酸郁结。④内分泌因素：植物神经自稳功能失调；尤其是年过 40 岁以上男女，内分泌可呈周期性失调，导致植物神经自稳功能失调，诱发局部尿酸沉积。⑤机体呈高反应状态：诱发机体高反应状态的原因有多种，如睡眠不足、工作紧张、致敏食物、光过敏、药物等均可诱发。当机体呈高反应状态时，对局部尿酸沉积可引起高反应，导致血管扩张更使局部瘀血炎症，形成恶性循环。针对上述因素，根据每一发病者各因素所占比重不同而治法与用药亦多少各异。如以局部温度变化为主，则采用局部保温方法，如踝、膝关节的纱布包裹或节段厚袜护住关节。如以内分泌失调为主，则以温肾阳、滋肾阴、阴阳相荣的治法为主，并酌加活血化瘀药物。若为机体高反应状态诱发，则以平肝潜阳、滋阴、调和阴阳、清肝火、滋水涵木之法治疗，可酌加祛风、抗敏、通经活络之法治疗。总之，此类血尿酸值不明显增高的痛风患者的治疗，抗高尿酸血症药物的应用不是唯一的，有时害多利少。如丙磺舒虽可增加尿酸从肾脏排出，然而如系对磺胺类过敏者，或易感者服之反有害。别嘌呤醇也是如此。非甾体抗炎类药物应用可缓解症状止痛，较安全的有炎痛喜康、消炎痛、布洛芬，但原有胃病或肠胃出血者宜慎用。皮质激素如强的松也可应用，但以短期应用为妥。秋水仙碱虽可止痛，然而白细胞减少是一严重副作用，有时可致死。有人曾以秋水仙碱治疗 1 例痛风，因对该药发生严重过敏，致引起过敏性肺水肿、哮喘致死，不能不引为教训。治疗此类痛风的中西医治疗原则是：①控制饮食，尽量按低嘌呤类饮食以减少外源性嘌呤类进入（包括蛋白、氨基酸成为嘌呤）；②控制内源性嘌呤类物质进入血循环及组织，包括供给充分的糖油类食物满足机体热卡需要，维持机体正氮平衡，尽量避免机体消耗引起嘌呤类物质增加；③采取水化或水冲疗法包括微量碱化疗法，即每日静脉滴注 5%葡萄糖水 1000～2000ml，每 500ml 中放入 5%碳酸氢钠 20ml。根据试验，输注前后血尿酸值对比，每输滴 1000～2000ml 可降低血尿酸 0.3～0.5mg/dl。此疗法在有高血压、冠心病或容量增高型的浮肿高血压病人、动脉硬化、肾功能不全者慎用或禁用；④局部保温，尤以负重关节（如踝、膝、足趾）应用绷带或节段厚袜，在休息、躺卧时抬高患肢，以使局部增高的尿酸流入血液从肾脏排出，尽量避免关节受外伤或过于负重；⑤应用镇静、止痛、抗炎类药物以缓解疼痛，减少疼痛所致的心理压力。下列药物可供选用，但不宜迭加式应用，如炎痛喜康、布洛芬、消炎痛、非那根、冬眠灵、安他乐、萘普生等。秋水仙碱、强的松可短期应用，症状缓解即停药，以避免长期使用的各种副作用。在用上述两药的同时，可用中医中药治疗。根据卢君健氏的经验，常用治则治法为阴阳相荣或水火交泰法以调整自主

神经系统，多采用对药，如全当归、仙灵脾；黄连、肉桂；葛根、桂枝，或葛根、生姜；知母、生地等，取药性中之相反相成之效。其次即为祛风抗敏法，常用荆芥、防风、生地、乌梅、浮萍、甘草。再者用温经通络止痛消风或活血等法，常用药物有威灵仙、秦艽、熟附片或细辛、徐长卿、川芎、高良姜、吴茱萸、失笑散、虎杖、海风藤、鸡血藤、红藤．乌药、延胡索、姜黄、银花藤、丹参等。另外从尿酸排泄的中医药治疗考虑、可用车前草、白花蛇舌草、秦皮、玉米须、山慈菇等中草药中的利尿排尿酸药。以上药物可配合辨证选用，切勿堆积式迭加应用、以免药物间相互作用，反使毒性增加而药效减弱．

方法二[1]

血尿酸值显著增高但痛风症状不明显或轻度者的中西医结合治疗。

血尿酸值如超过 13mg/dl 者可引起肾功能损害，反之肾功能损害者因尿酸排出障碍可继发血尿酸值增高，两者因果关系显然不同。但至晚期，两者几乎无法鉴别，仅有依靠询问病史或作血尿酸比值以作鉴别。然而从治疗观点，鉴别意义已不太大。临床上，此种类型痛风或高尿酸血症多为肾脏疾病引起的继发性痛风或高尿酸血症。因此．此类病例高尿酸血症的治疗不应作为主要方面，而是肾功能 不全的附属现象。应在全面治疗肾脏疾病的同时略兼顾之，且抗高尿酸药物及有毒的药物（包括有毒性抗痛风止痛药物）极应谨慎应用甚至禁用。即使在应用中医药治疗时也应根据肾功能不全时的残余肾单位理论，尽量用无毒而又不增加残余肾单位负荷的药物。雷公藤、木通、泽泻、商陆、陈葫芦、川草乌之类均禁用。即使无毒性中药在应用时，剂量也应为正常量的 1/4～1/5，甚至更小。方剂药味组成也应少而精，一般不超过 10 味。此外还应根据引起肾衰或功能不全的不同病因病理用不同的药物治疗；切忌一个成方治疗同一现象不同本质的方法。

方法三[1]

血尿酸值增高，痛风症状显著．甚或伴有痛风石患者的中西医结合治疗。

此类患者多见于：①原发性痛风或高血尿酸血症者间歇或较长期高嘌呤饮食又未经抗尿酸药物治疗者；或为②原发性痛风者因服抗高尿酸药物并发肾功能损害者，因肾功能损害，大量尿酸不能从肾脏排出而引起高尿酸血症。对此类患者必须分析清楚引起高尿酸血症的原因，尤其是肾功能损害同高尿酸血症的关系。如高尿酸血症引起肾结石，肾结石梗阻发生梗阻性肾病和继发感染．又导致高尿酸血症（即感染、梗阻又引起肾功能恶化，更增加高尿酸血症），此即为恶性循环关系。在治疗时必须阻断这一恶性循环，才能使疾病逐步转化为良性循环。有时这种关系甚为复杂，需要逐步理顺。如为第一种情况，首先控制饮食，给予低嘌呤饮食；其次采用水冲疗法。如为年老患者，静脉滴注速度应缓慢，从下肢静脉输入，并加微量碱化。60％左右患者（C Cr 测定），如系肾功能已损害，且与已服用的非甾体抗炎剂有关（如查出为止痛剂肾病，肾小管损害继发肾小球缺血性损害，有肾小管损害的各种实验室证据），则必须停用对肾小管有损害的各种药物，及增加血尿酸药物，包括噻嗪类利尿剂。如系肾小管损害可用活血化瘀、祛瘀生新、益肾抗敏法治疗，常用药物有丹皮、丹参、徐长卿、玄参、益母草、珍珠粉、黄芩、甘草等。阻断肾小管小球性肾损害可用决明子、杜仲、白花蛇舌草、桂枝等。根据肾损害程度可加用川芎嗪、干地龙、穿心莲以加强活血化瘀治法。总之，第 2 种情况以治肾为主，也可酌情用水冲、微碱化疗法。

方法四[19]

中药白虎加桂枝汤合四妙散加味，配合西药秋水仙碱、别嘌呤醇。

[治疗方法]

(1) 中药：石膏 20 克，知母 10 克，甘草 5 克，桂枝 8 克，苍术 10 克，黄柏 10 克，苡仁 20 克，怀牛膝 15 克，桑枝 20 克，忍冬藤 20 克，秦艽 20 克，车前草 20 克。兼头痛加青蒿 10 克、菊花 10 克；便秘加大黄 10 克；关节肿痛甚加桃仁 10 克、延胡 10 克；反复发作、日久不愈加穿山甲 10 克、地龙 10 克。每日 1 剂，内服外洗并用（药渣加水煮后浸泡受累关节）。10 天为 1 疗程。

(2) 西药：秋水仙碱 0.5mg，每天 3 次，不超过 3 天。别嘌呤醇每次 0.1g，每天 3 次。

[治疗结果]

本组共 10 例，参照卫生部药政局颁布的“新药（中药）治疗痹病的临床研究指导原则”中有关疗效判断标准评定疗效，结果治愈 4 例，显效 4 例，有效 2 例。治疗前 10 例血尿酸平均 582.87±102.09μmol/L（$\bar{x}\pm s$），治疗后血尿酸平均 258.53±108.12μmol/L（$P<0.01$）。

方法五[20]

[治疗方法]

(1) 内服中药汤剂：黄柏、白花蛇各 10 克，秦艽、苍术各 12 克，川木瓜、白芍、怀牛膝各 15 克，桂枝 8 克，桑枝、薏苡仁各 30 克，甘草 6 克。气虚去黄柏、薏苡仁，加黄芪 25 克、党参 20 克、白术 12 克；血虚去黄柏、薏苡仁，加川芎、当归各 10 克，鸡血藤 30 克；关节肿痛甚加片姜黄、乳香、没药各 10 克；血瘀去白芍，加丹参 15 克、桃仁 10 克、红花 6 克；湿重加川萆薢、泽泻各 12 克；热重加青蒿（后下）6 克、金银花 12 克；便秘加大黄（后下）10 克；上肢关节疼痛甚加羌活 10 克、威灵仙 12 克；下肢关节疼痛甚加防己 12 克，桂枝加至 12 克。水煎服，日 1 剂。

(2) 外用中药洗剂：生川乌、生草乌、生南星、生半夏、艾叶各 30 克，生附子 15 克。关节红肿热痛甚加乳香、没药各 15 克。日 1 剂，水煎熏洗。关节红肿痛甚者亦可外敷双柏散（大黄、薄荷、黄柏、泽兰、侧柏叶等）。

(3) 口服西药：别嘌呤醇，每次 0.1g，每日 3 次，口服。

[治疗结果]

用本法治疗痛风 9 例，结果治愈 4 例，好转 5 例，血尿酸、红细胞沉降率与治疗前比较均有显著性差异（$P<0.01$ 和 0.05）。

方法六[21]

[治疗方法]

(1) 中药治疗：急性期辨证为风湿热邪，经脉瘀阻。治宜清热利湿，活血通络。基本方：苍术 9～12 克，黄柏 9～15 克，川牛膝 15～30 克，薏苡仁 15～30 克，威灵仙 9～15 克，丹皮 9～12 克，赤芍 9～30 克，土茯苓 15～30 克，金银花 15～30 克，蒲公英 15～30 克。口渴明显加生石膏 30～45 克、知母 9～15 克；关节肿痛明显或畸形加穿山甲 6～9 克、王不留行 9～15 克；疼痛明显加络石藤 15～30 克、忍冬藤 15～30 克。

(2) 西药及一般治疗：短期酌情选用秋水仙碱、别嘌呤醇、消炎痛等。急性期卧床休息，限制高嘌呤食物的摄入，如动物内脏、脑、海味、蛤蟹等，戒酒，多饮水，以利尿酸排出。酸性尿者口服碳酸氢钠片，每日 1.5～6.0g。

[治疗结果]

用本法治疗痛风性关节炎 7 例，经治疗症状全部缓解，最短 5 天症状消失，最长住院 4 个

月。治疗后血尿酸、血沉均降至正常范围，其中血尿酸治疗前后为692.29±209.35、247.44±114.13（P<0.01）。

方法七[22]

[治疗方法]

（1）急性发作期用蠲痹逐瘀汤：黄柏、苍术、薏苡仁各20克，泽泻、牛膝各10克，萆薢、木瓜各15克，蜈蚣1条（研末冲服）。加减：肝肾阴虚加生地、丹参；痰浊阻滞加白术、茯苓；痛甚加元胡；红肿甚加地龙。水煎服，日1剂，15日为1疗程。

（2）并用别嘌呤醇，每次0.1g，日3次，口服，3日后停用。治疗期间禁食高嘌呤食物。

[治疗结果]

用本法治疗痛风性关节炎急性发作期患者14例，结果临床治愈9例，好转5例。

第五节 预 防

一、未病先防

痛风形成的先决条件是高尿酸血症。因此，针对高尿酸血症进行预防，便成为痛风未病先防的主要内容。由于高尿酸血症是由于尿酸产生过多和/或肾脏排泄尿酸减少所致，故针对这两类病因进行预防，便能防止高尿酸血症产生。同时，高尿酸血症常有并发症，故防治其并发症亦为预防高尿酸血症重要的方面。

（一）饮食控制

饮酒必须限制，最好是戒酒。高嘌呤食物的摄入必须有所控制。

（二）防治肾脏疾病，减少尿酸排泄障碍

（三）针对减少尿酸排泄的病因进行治疗

当大量饮酒、妊娠中毒症、剧烈运动时，由于高乳酸血症产生高尿酸血症（机理为乳酸可竞争性抑制尿酸分泌使其排泄减少）。糖尿病酮症酸中毒和饥饿酮症可因β-羟丁酸、草酰乙酸增加而产生高尿酸血症。肾血流量、细胞外液减少均可使尿酸清除率下降，如利尿剂应用（速尿、利尿酸钠本身可抑制尿酸排泄，同时血容量减少，使尿酸排泄减少），低血钠、尿崩症时尿酸排泄减少，血管紧张素和儿茶酚胺可减少肾血流量，亦使尿酸清除率下降。由于前述因素可使尿酸排泄减少，故应尽力避免。

（四）防治并发症

（1）肥胖：痛风常合并肥胖和摄食过多。原发性痛风患者平均超重17.8%。

（2）糖尿病：糖尿病患者中约2～50%有高尿酸血症。痛风者有7～74%葡萄糖耐量试验异常。但糖尿病临床表现是轻度的。有人认为肥胖、痛风、糖尿病是三联征。

（3）高脂血症：痛风者中75～84%有高甘油三酯血症。痛风中过度饮酒者甘油三酯较高。

（4）高血压：痛风在高血压人群中的发病率为12～20%。典型痛风者中约1/4～1/2有高血压，严重高血压的发病率在痛风发作的第2个10年组中最高。

（5）动脉硬化：动脉硬化症合并高尿酸血症，是冠状动脉硬化性心脏病的危险因素。

由于上述合并症与高尿酸症和痛风发病的关系十分密切，故须积极防治。

二、既病防变

（一）急性痛风性关节炎的预防

每日小剂量秋水仙碱可预防痛风急性发作。长期服用秋水仙碱每日0.5mg，94%患者有较好疗效，6%无效。服秋水仙碱不能耐受者可用消炎痛，每次25mg，每日1～2次。秋水仙碱或消炎痛维持服用的计划根据发作次数、劳动力丧失等不同病情决定。如血尿酸盐值在正常范围已1年；且无急性发作，则可停用。

（二）痛风石形成的预防

急性痛风性关节炎的第一次急性发作就是尿酸盐沉积的最初临床证据。一般疾病早期发作，血尿酸值在8mg/dl左右。抗尿酸血症的治疗目的是维持血尿酸浓度在7mg/dl以下，这是在细胞外液中所能达到的最低浓度。如能达此浓度，尿酸盐沉积即可解决。排尿酸制剂能增强肾脏排尿酸作用，减低血尿酸浓度。用丙磺舒和亚磺酸匹拉宗，75～80%的高尿酸血症和痛风者均能有效地降低血尿酸盐浓度。别嘌呤醇抑制黄嘌呤氧化酶（此酶催化次黄嘌呤氧化为黄嘌呤，再使黄嘌呤成为尿酸）而降低血尿酸值。

痛风者用抗高尿酸剂应个体化，有肾结石或痛风石，可试用别嘌呤醇，减少尿酸对肾的负荷。当肾小球滤过率（GFR）低于30ml/min时不用排尿酸药。排尿酸剂不能使尿酸下降者，或对排尿酸药不能耐受者可试用别嘌呤醇，但应注意它的肾损害作用。痛风石者单用别嘌呤醇不能使血尿酸下降时，可二药合用。痛风尿酸排出大于正常者肾结石发病率增高。如用排尿酸药，则有发生尿酸结石的可能。故合理用别嘌呤醇，减少尿酸综合征是必要的。亦可试用微量碱化及水冲疗法。同样，肿瘤患者伴高尿酸血症，亦可用该药治疗。如患者每日排尿酸低于700mg，则用别嘌呤醇或丙磺舒及亚磺酸匹拉宗均可能有益。

（三）尿酸性肾病的预防

尿酸排出增加易产生急性尿酸肾病。如用排尿酸药，则可能使尿酸肾病恶化。用别嘌呤醇或丙磺舒及亚磺酸匹拉宗，能否防止原发性痛风者肾功能恶化，要密切观察肾功能，因该类药本身对肾有损伤作用。高尿酸血症无结石而排尿酸正常者，在防止肾功能恶化方面究竟何药为优？目前尚无定论。总之，60岁以下肾功能正常者（肌酐清除率大于80ml/min），尿酸排出量少于700mg（一般饮食），无肾结石者，宜选用促尿酸排出剂——丙磺舒和亚磺酸匹拉宗，肾功能损害者可试用排尿酸中草药。

必须注意，无症状性高尿酸血症，为防止尿酸肾病，不需要用抗高尿酸血症制剂治疗。但是高尿酸血症血浓度在13mg/dl以上作为超过“严重高尿酸血症”的水准基点，应予治疗；治疗方法可采取中西医优化方法。同样，每日从尿中排出尿酸超过1100mg，有可能发生结石病

时也应进行治疗。

在痛风性肾病肾功能不全时，应采用中西医结合方案进行治疗，以免进一步恶化。中药以六味地黄汤加减：生地15克，山茱萸10克，茯苓10克，泽泻10克，黄芪15克，丹参15克，益母草15克，桑寄生15克，秦艽20克。阳虚畏寒肢冷者加仙灵脾10克、仙茅10克；脾虚腹胀便溏者加白术10克、党参10克；热重者加黄芩10克、黄柏或山栀10克；肝阳上亢头晕者加钩藤10克、菊花10克、天麻10克。每日1剂，20日为1疗程，休息5日继续下1疗程。一般2～3个疗程。另加用西药别嘌呤醇每日0.2～0.4克。同时给予低嘌呤、低蛋白、低脂肪饮食，保持足量水分，以利尿酸排泄。

参考文献

[1] 卢君健主编．结缔组织病中西医诊治学．第一版．北京：人民卫生出版社，1992；487～492
[2] 胡熙明主编．中国中医秘方大全（上册）．第一版．上海：文汇出版社，1989；596～598
[3] 张俊庭，等主编．当代中医师灵验奇方真传．北京：中国医药科技出版社，1994；533，1321
[4] 王承德，等．中国中西医结合杂志 1993；13（10）：628
[5] 王繁宏，等．浙江中医杂志 1994；29（5）：208～209
[6] 彭介寿．成都中医学院学报 1994；17（2）：28～30
[7] 钟洪，等．中医杂志 1992；33（11）：29
[8] 吴放．江苏中医 1993；14（7）：11
[9] 唐显钦，等．中国中医急症 1993；2（4）：160～161
[10] 陈世国，等．四川中医 1993；11（4）：22～23
[11] 陈进义，等．浙江中医杂志 1992；27（1）：12
[12] 叶伟洪．中医杂志 1990；31（4）：40～41
[13] 方苣芷．山东中医杂志 1995；14（1）：9～10
[14] 钟洪，等．中国中医急症 1995；4（5）：206
[15] 崔向军，等．湖北中医杂志 1995；17（1）：21，39
[16] 文恒英．湖南中医杂志 1994；10（5）：16～17
[17] 黄淑兰，等．天津中医学院学报1995；14（1）：21
[18] 夏金华．江苏中医 1994；15（12）：13
[19] 吴夏楠，等．中国中西医结合杂志 1993；13（10）：590
[20] 史志云．中国中西医结合杂志 1992；12（6）：373～374
[21] 薛一涛，等．山东中医学院学报 1995；19（4）：243～244
[22] 王立明，等．中医药信息 1995，12（1）：44

第十四章　脂膜炎

第一节　概　述

脂膜炎（Panniculitis）是指皮下脂肪组织的炎症。可由局部因素，如外伤、压力、寒冷造成，或迅速抽减长期应用皮质类固醇激素后发生，也可以是风湿病（如红斑狼疮、硬皮病等）表现的一部分。自19世纪初认识本病以来，其研究进展缓慢，病因尚不清楚。根据临床表现的不同，现可分为5种类型：①复发性、发热性、结节性、非化脓性脂膜炎（Rleapsing fibrile nodular nonsuppuratioe panniculitis）为一原发于脂肪层的急性或亚急性炎症。其临床特点为大腿、躯干的皮下结节，常液化溃破而成溃疡或皮下组织炎症吸收而遗留凹陷性萎缩，易复发，可伴内脏系统脂肪坏死及发热。女性多见，好发于青壮年。本病损特点最早由Weber及Christian记述，故又称Weber—Christian病。1953年Steinberg建议称“全身性脂膜炎。”②亚急性结节性游走性脂膜炎（Subacute nodular migratorg panniculitis），又称持续性结节性红斑（Erythema nodosum perstans）、结节性游走性脂膜炎（Nodular migratory panniculitis），为一特异的临床综合征，其特征为下肢关节周围出现一个或几个深在的、红色的皮下结节，很快向外周扩展形成硬的斑块，数月后可自行消失。③结节性液化性脂膜炎（Nodular liquefying panniculitis），又称结节性脂肪坏死（Nodular fat necrosis），为胰脂酶所致脂肪坏死，形成液化性皮下结节的疾病，其特点为腿部或全身性皮下结节，常液化而流出粘液性物质，发作时伴腹痛、关节痛、发热和嗜酸性粒细胞增高。④皮质类固醇激素后脂膜炎（Potsteroid panniculitis），减量或停用皮质类固醇激素后，皮下出现轻痛或不痛的结节，一般为一过性，数周后自然消退。⑤寒冷性脂膜炎（Cold panniculitis），由于寒冷损伤局部皮下组织而引起。本病常见于婴儿，特别是末端循环功能不良的患儿。

本病属于中医学“丹毒”类疾病，故有“梅核丹”之称。也有人认为相当于中医学的“恶核肿”，《诸病源候论·恶核肿》曰：“恶核者肉里忽有核，累累如梅李，小至豆粒，皮肉燥痛，左右走身中，卒然而起……初得无常处，多恻恻痛……久不瘥，则变作瘘。”指出恶核发于肉里，且大小不一，发无常处，隐隐作痛，有些恶核可变软破溃而成瘘。这些与脂膜炎的症状均有相类似之处。另外中医学之“结核”、“流痰”、“冻烂疮”等病中亦可以见到类似于本病的记载，如《圣济总录》有“泛发周身……结聚成核”，《外科心法要诀》有“此证生于皮里膜外，结如果核……”等描述，都与本病的发病部位及发病特点相类似。《丹溪心法》有“痰之为物，随气升降，无处不到……凡人身上、中、下有块者多是痰”。《疡科心法》有“生于大腿之侧……气不得升，血不得行，凝滞经络，隐隐彻痛……脓水清稀有豆腐花块随之而出……”该描述很像亚急性结节性游走性脂膜炎之特征。《诸病源候论·冻烂疮候》中的“严冬之月，冒风雪寒毒之气，伤于肌肤，气血壅涩，因即瘃冻，燃赤疼肿，便成冻疮，乃至皮肉烂溃”，从病因证候方面相类似于寒冷性脂膜炎。

目前西医西药尚无特效疗法及理想药物，多用糖皮质激素及对症处理。中医中药治疗多以清热解毒、养阴清热、温阳通络、化痰利湿、活血散结等法辨证论治，取得了一定疗效。中西医结合治疗可望提高本病疗效，值得广大医务工作者积极探索。

第二节 病因病理

一、西医病因病理

（一）复发性、发热性、结节性、非化脓性脂膜炎

[病因及发病机理] 病因不明，多数患者发病前有上呼吸道感染，推测可能为感染性变态反应。部分患者患有代谢性疾病如糖尿病或内分泌疾病，故可能为脂肪代谢障碍所致。有人认为本病为自身免疫性疾病，临床上常合并有其他风湿病。某些药物如卤族化合物、磺胺、奎宁等均可诱发本病。故本病很难确立为一独立性疾病，可能为多因素引起的综合征。

[病理] 开始在脂肪细胞间发生以中性粒细胞为主的急性炎症性浸润，继之脂肪细胞发生变性或坏死，并伴组织细胞、淋巴细胞、浆细胞浸润，和嗜脂的多核巨细胞、小血管增生，内膜肿胀、管壁增厚，最后纤维母细胞增加，代之以纤维化。

（二）亚急性结节性游走性脂膜炎

[病因及发病机理] 病因不明，可能与扁桃体炎、上呼吸道感染、关节炎或外伤有关。

[病理] 脂肪叶间纤维间隔增宽，可见大量的组织细胞和巨细胞聚集，胶原纤维束间有纤维素样沉着物伴少量淋巴细胞浸润，早期损害主要为毛细血管增生。

（三）结节性液化性脂膜炎

[病因及发病机理] 因胰脂酶作用于皮下组织中的中性脂肪引起脂肪坏死而发病。胰蛋白酶使血管壁的蛋白溶解，有利于脂酶通过管壁而进入脂肪组织。结节性脂肪坏死患者血清脂酶既可增高也可正常。故脂酶的增高可能仅在新损害起病时期明显。

[病理] 病区在皮下组织中呈斑点状，脂肪坏死灶穿插在正常脂肪叶中。病区的脂肪细胞膜不受侵犯，细胞的其余部分显示为模糊的嗜碱性颗粒物质。脂肪间隔中的细胞核完全不着色。坏死区的边缘可见细小嗜碱性颗粒的钙盐沉着物，其外周有炎症细胞浸润，包括中性粒细胞、淋巴细胞、嗜碱性粒细胞、组织细胞、泡沫细胞和异物巨细胞。

（四）皮质类固醇激素后脂膜炎

[病因及发病机理] 皮质类固醇激素对蛋白质的分解代谢和糖的合成代谢增强。由于细胞对胰岛素的敏感性减低，细胞对糖的利用减少，从而开始转化为脂肪的蓄积。当突然减量或停药后，失去了脂肪蓄积因素，引起脂肪细胞代谢紊乱。有人认为是脂肪细胞内脂酶一过性障碍引起脂肪细胞变性和结晶所致。

[病理] 脂肪细胞坏死、变性，细胞内可见针状结晶，脂肪小叶间可见组织细胞、淋巴细

胞和嗜脂多核细胞浸润，血管偶见内膜肿胀、闭塞。

（五）寒冷性脂膜炎

[病因及发病机理] 尚不十分明了，主要观点有：①寒冷所致的物理损伤；②脂肪饱和度过高；③超敏反应。

[病理] 皮下脂肪细胞变性、坏死，伴组织细胞、淋巴细胞浸润，并有巨细胞反应。脂肪小叶间血管增生、扩张，结缔组织水肿。

二、中医病因病机

中医认为本病的病因病机为外感六淫、内伤七情等各种致病因素，致使气血凝滞，经络阻塞，营气不从，脏腑失和而致。现将病因病机简述如下：

1. **风毒外袭**

外感风热之邪，日久化毒，风毒客于肌腠，阻于络道，气血失和，营气不从，凝结成核，发为本病。《诸病源候论·恶核肿候》说："恶核者，肉里忽有核，累累如梅李，小至豆粒，皮肉燥痛，左右走身中，卒然而起……初得无常处，多恻恻痛……久不瘥，则变作瘘……此风邪挟毒所成。"

2. **寒邪外侵**

久冒严寒，或素体阳虚，寒邪外侵，客于肌腠，经络阻塞，气血凝滞，局部失于温煦濡养而成。《诸病源候论·冻烂肿疮候》曰："严冬之月，冒风雪寒毒之气，伤于肌肤，气血壅塞，因即瘃冻，脓赤疼肿，便成冻疮，乃至皮肉烂溃。"《外科启玄》中说："冻疮多……受其寒冷，致令面、手足初痛次肿……"；其描述类似于寒冷性脂膜炎。

3. **痰湿阻络**

久居湿地，冒雨涉水；或素体脾虚，外湿侵袭；或饮食不节，恣食膏粱厚味；或郁怒伤肝，肝气郁结。致使脾失健运，痰湿内生，阻于经络，客于肌腠，气血凝滞而发本病。

4. **阴虚内热**

风热毒邪外袭，灼伤阴津；或虚劳久病，过服温燥之品；或房室不节，情欲妄动。致使真阴亏虚，阴虚内热，低热暗劫，营血亏耗，气道涩滞而致本病。

第三节　诊　断

一、辨病·西医诊断

（一）症状与体征

1. **复发性、发热性、结节性、非化脓性脂膜炎**

反复发作的皮下结节和斑块，大小不等，常成批发生，多发生于四肢及躯干脂肪丰富的部位。结节从0.5～10cm直径大小，中等硬度。结节常与皮肤粘连，活动性小，有明显的触

痛和自发痛，经数周或数月后结节消退。结节消退后患部脂肪组织萎缩，遗留局限性皮肤凹陷。在发疹前或同时伴有发热，持续时间不定。通常在皮疹出现数日后，发热逐步上升，持续 1～2 周后逐渐下降。部分患者可侵犯内脏，出现相应的症状。如结节溃破，流出黄色油样液体，称液化性脂膜炎。多数病人常伴乏力、肌痛和关节痛等全身症状，常持续数周。

2. **亚急性结节性游走性脂膜炎**

发病前常患扁桃体炎，皮损好发于小腿伸侧面。早期损害为孤立、局限、稍硬的皮下结节。结节数目不等，一般在 10 个以内，直径 0.5～3cm，相邻的结节常融合成更大的肿块，直径可达 10～20cm。表面皮肤开始正常，数日后变为红色，炎症向外扩展形成环状，环缘又逐渐消退或变薄而成弧形，游走之意即来源于此。皮损质地较硬，边缘鲜红色、中央淡红色，其分布不对称。无自发痛或触痛，从不破溃。小腿可因淋巴性炎症而肿胀。有些病人在发疹早期可伴低热、关节疼痛。

3. **结节性液化性脂膜炎**

双侧小腿任何部位均可出现紫红色、疼痛性炎症性皮下结节，但多见于小腿内踝部上部皮肤。结节直径从数毫米至几厘米不等。有些较大的皮损周围可出现肿胀。损害与皮肤表面粘连但可移动。轻型仅数个损害，不溃破，2～3 周逐渐吸收，遗留轻凹陷的色素疤痕。常伴轻型复发性胰腺炎，偶见关节酸痛和发热。重型除面部外，其他部位均可出现损害，新损害成批出现，大的损害压痛明显，可形成脓肿样，出现波动，溃疡流出白色奶酪样或油性粘液物质。臀部和大腿皮下脂肪可融化消失。关节周围脂肪受累可呈多发性关节炎，临床上类似痛风。皮肤外的脂肪如胰腺周围、腹膜和大网膜等亦可累及，出现腹痛、持续性高热、恶心、呕吐、食欲不振、腹胀、脂肪泻等全身症状。

4. **皮质类固醇激素后脂膜炎**

常于大剂量激素治疗过程中，突然减量或停药，数天或数周后在脂肪异常沉着部位出现皮下结节．直径 0.4～4cm。表面皮肤潮红或正常，有触痛，可移动。一般无全身症状或伴低热，加用激素症状逐渐消失或数周后自然吸收。

5. **寒冷性脂膜炎**

本病冬季发病．受冷后 2～3 天局部出现境界清楚的皮下结节和斑块，自觉疼痛，重者可有浅表溃疡。损害于 2～3 周后自然消退，但新的皮疹仍可出现。好发于大腿、臂部和面颊部。在低温麻醉时也可出现相同皮疹，对称分布于四肢的外侧。本病多见于婴幼儿。有的儿童在吃冰棒后，在接触冰棒的部位出现相同的皮疹，称为冰棒脂膜炎。

（二）实验室及其他检查

1. **复发性发热性结节性非化脓性脂膜炎**

外周血象可见红细胞、血小板减少，有时呈全血下降。白细胞多数减少，可含有中毒颗粒，分类计数中性粒细胞减少，伴有核左移，但合并感染时白细胞增多，血沉增快。骨髓穿刺可见粒细胞、红细胞和巨核细胞不同程度减少。合并肾小球肾炎或重叠其他风湿病时，可出现蛋白尿、血尿和管型尿。肝脏受累可有肝功能异常、C-反应蛋白阳性。部分病人抗“O”滴度升高。重叠其他风湿病时可有 RF、LE 细胞、抗核抗体阳性及 IgG、IgM 升高，细胞免疫低下，如 E-玫瑰花结形成数减少等。累及心血管系统时，可见有心脏扩大和心衰，心电图可见有窦性心动过速、传导阻滞等。

2. **亚急性结节性游走性脂膜炎**

常见血沉增速，甚至皮损消退后血沉仍持续增速。有些病人抗“O”滴度增高，其他实验室检查均为阴性。

3. **结节性液化性脂膜炎**

发作期多数病人白细胞增多，嗜酸性粒细胞增多，血沉明显增快。血钙可降低，r-球蛋白升高。合并胰腺炎者伴有血清淀粉酶和脂酶增高。骨X线检查常有骨溶解损害。

4. **皮质类固醇激素后脂膜炎和寒冷性脂膜炎**

实验室及其他检查一般无特异性异常。

（三）诊断要点

1. **诊断**

（1）复发性发热性结节性非化脓性脂膜炎：本病好发于青壮年女性，四肢躯干尤以大腿、臀部为主，成批地发生皮下结节和斑块、且反复发作，伴发热等全身症状。结节消退后局部留有凹陷性萎缩区，结合结节处病理检查可确定诊断。

（2）亚急性结节性游走性脂膜炎：本病好发于中年妇女，下腿发生单侧性或两侧性红色斑块，不断向周围扩展，中央有吸收现象，不破溃，无全身症状。组织学提示纤维间隔炎，碘剂治疗有效，即可诊断。

（3）结节性液化性脂膜炎：双侧小腿反复出现紫红色痛性炎症结节，并伴发热及急、慢性胰腺炎症状者应疑及本病。如血清淀粉酶及脂肪酶增高，活检结节脂肪组织中有典型“幻影样”细胞，可以确定诊断。伴发胰腺肿瘤者通过逆行胰胆管造影、血清淀粉酶检查，一般可明确诊断。

（4）皮质类固醇激素后脂膜炎：根据在大剂量激素应用过程中，突然减量或停药后，在脂肪沉着部位出现皮下结节，加用激素后症状逐渐消失，诊断不难。

（5）寒冷性脂膜炎：好发于婴幼儿，在好发部位出现痛性结节或斑块，冰块诱发试验阳性即可诊断。确诊需做组织病理学检查。

2. **鉴别诊断**

（1）复发性发热性结节性非化脓性脂膜炎需与下列疾病相鉴别：

结节性红斑：结节好发于胫前，不穿破皮肤，不留凹陷，多见于春秋季节。皮损的组织学改变为血管炎，而不是脂肪组织炎症改变。

结节性多动脉炎：结节常沿血管发生，皮损多形，可发生瘀斑、坏死、溃疡、网状青斑等，常伴系统损害。特别是消化系统及肾脏损害，好发于青年男性。病理提示坏死性血管炎变化。

硬红斑：皮损好发于双侧小腿屈侧，无发热等全身症状，组织病理为结核样改变。抗结核治疗有效。

（2）亚急性结节性游走性脂膜炎须注意与下列疾病鉴别：

结节性红斑：在两胫前呈多发性红斑结节，有压痛，在数周内吸收，无穿破性为其特点。

结节性血管炎和硬红斑：主要表现有血管阻塞性损害和结节破溃、长期难愈为其特征。

Weter—Christian 病：损害常波及大腿及臀部并有皮损液和全身症状。

（3）结节性液化性脂膜炎需与下列疾病鉴别：

结节性红斑：不累及皮下组织，无脂肪坏死，结节无液化性病理改变，皮损消退后无局部凹陷，血清淀粉酶、脂肪酶均正常，无胰腺炎症状，血中嗜酸粒细胞也正常。

硬红斑：皮损好发于双侧小腿屈侧，无发热及胰腺炎症状。血清淀粉酶正常。组织病理为结核样改变，抗结核治疗有效。

（4）皮质类固醇激素后脂膜炎需与皮下结节性纤维化、硬化性脂肪肉芽肿、皮肤纤维瘤、结节病相区别。

（5）寒冷性脂膜炎应与冻疮、结节性红斑相鉴别。

二、辨证·中医诊断

（一）辨证要点

结节此伏彼起，发无定处，局部红、肿、热、痛，甚则破溃蕴脓，舌红，脉洪数或弦数为热毒壅盛。结节久聚不散，病程缠绵，易于复发，关节困痛，四肢倦怠，舌胖，苔腻或黄腻，脉滑数或濡为痰湿阻络。结节质硬，色紫暗，局部冰冷，关节肌肉疼痛，遇冷加剧，舌紫暗、苔白，脉沉迟涩为寒凝血瘀。结节小而疼痛轻微，色微红或近于正常，常伴低热，五心烦热，舌红少津，脉细数为阴虚内热。

（二）辨证分型

1. 热毒壅盛证

[临床表现] 结节累累，聚结成块，泛发全身，焮红赤肿，疼痛或痛不可触，多伴壮热或寒热往来，大便秘结，小便短赤，舌红或红绛，苔黄，脉洪数或弦数。

[辨证分析] 热毒客于肌腠，阻于络道，气血失和，营气不从，凝结成核，故结节累累，聚结成块，红肿疼痛而不可触。热毒充斥全身，故结节泛发全身。热毒充斥内外，则壮热、便秘溲赤。舌红或红绛、苔黄、脉洪数或弦数为热毒壅盛之征象。

2. 寒凝血瘀证

[临床表现] 结节质硬，色紫暗，触之局部欠温或冰冷，关节肌肉疼痛，遇冷加剧，得温则减，面色苍白或畏寒肢冷，口不渴，尿频多，冬季加重或复发，舌质紫暗，苔白，脉沉迟涩。

[辨证分析] 寒凝经络，气血凝滞，局部失于温煦濡养而成结，故结节质硬，色紫暗，触之局部欠温或冰冷。寒凝肌肉关节脉络，气血凝涩不畅，故关节肌肉疼痛，遇冷加剧，得温则减。寒邪伤及阳气，肢体失于温养，故面色苍白、畏寒肢冷。津液未伤，故口不渴。阳虚则津液失于蒸化，故尿频多。冬季为寒水司令，故冬季加重或复发。舌紫暗、苔白、脉沉迟涩为寒凝血瘀之象。

3. 痰湿阻络证

[临床表现] 结节成批反复出现，病程缠绵，结节、溃疡、凹陷之遗迹并存，流液质粘，发热不著，关节困痛，周身酸楚不适，四肢倦怠沉重，食欲不振，面色萎黄，大便溏薄，小便微黄，舌淡红胖大，苔腻或黄腻，脉滑微数或濡。

[辨证分析] 素体脾虚，外湿侵袭，致使脾失健运，痰湿内生，阻于经络，客于肌肤，气

血凝滞而成结节，故结节成批反复出现。湿性粘滞，故缠绵不愈，病程较长。痰湿为阴邪，为水液凝聚所致，故溃烂流液质粘。痰湿郁久化热，故可有低热不扬，小便微黄。痰湿流注四肢关节肌肉，故关节困重疼痛，周身酸楚不适，四肢倦怠。脾运不健，痰湿内盛，故食纳不佳，面色萎黄，便溏。舌淡红胖大、苔腻或黄腻、脉滑微数或濡，为痰湿阻络、痰湿郁久化热之象。

4. **阴虚内热证**

[临床表现] 结核小而少，色微红或正常，疼痛或触痛轻微，形体消瘦，低热，五心烦热，口干咽燥，舌红少津，苔少或剥脱，脉细数。

[辨证分析] 热毒日久灼伤阴津，或虚劳久病，过服温燥之品；或房劳所伤，真阴亏虚，阴虚生内热，营血被耗，气道涩滞，故结节小而疼痛轻微，肤色正常或微红。阴虚内热，故低热，五心烦热。阴津不足，不能上奉于口咽，故口干咽燥。阴血亏虚，形体失养，故消瘦。舌红少津、苔少或剥脱、脉细数为阴虚内热之象。

第四节　治　疗

一、西医西药治疗

（一）复发性发热性结节性非化脓性脂膜炎

1. **去除诱因**

去除诱因对本病较为重要，如去除感染病灶或停用可以引起本病发作的药物等。

2. **一般治疗**

急性发作期应卧床休息，合并口腔、耳鼻喉慢性感染者，要给予足量有效的抗生素控制感染，尽量避免使用磺胺类药物，因此类药物进入体内容易起到半抗原作用而加重病情。

3. **全身治疗**

早期可用抗风湿类药物缓解症状、退热和减轻关节疼痛。非激素类药物可选用氯化喹啉、反应停、消炎痛、布洛芬、水杨酸盐等。皮质类固醇激素对急性期有缓解作用，常用中等剂量强的松，每日 20～40mg，症状控制后可逐渐减量。抗生素和激素并用可获得更好的疗效。随着病情的演变，对激素治疗反应越来越差，此时可换用适量的细胞毒药物如 6-MP，免疫刺激剂如左旋咪唑和麻疹减毒疫苗治疗。

4. **对症治疗**

可用阿托品类解痉药物缓解腹痛。心衰者可给予适量洋地黄制剂。水肿严重者可适量利用利尿药。对皮下脂肪不断坏死液化者，其伤口交替使用高渗葡萄糖纱条和生肌散，可使脂肪液化停止，再外敷芙蓉花碎渣，可使溃疡痊愈。

（二）亚急性结节性游走性脂膜炎

1. **一般治疗**

发作期应让病人卧床休息，有淋巴性肿胀时下肢抬高或将受累的下肢进行弹力包扎。

2. **全身治疗**

本病对碘剂敏感，口服10%的碘化钾溶液，每次5ml，每天3次，3～5天见效，1周后皮疹逐渐变软消失。此外可口服反应停50mg，每天3次，2周为1疗程，1周可控制症状，2周皮疹可基本消退。小剂量皮质激素也有效果，口服强的松10mg，每天3次，可使症状明显缓解。对某些患者水杨酸制剂也有效果。

（三）结节性液化性脂膜炎

主要治疗胰腺疾病，对结节性脂肪坏死无特异疗法。

急性发作出现高热、关节症状及皮损时，可用解热镇痛药，如阿斯匹林、保泰松等以缓解关节症状和退热。必要时可用氢化可的松100～200mg，加入5%葡萄糖500ml静滴，每日1次，连用数日，可解热和缓解关节症状。

对慢性胰腺炎者，可给予莨菪碱类药物，如阿托品、654-2等以缓解腹痛。宜用高糖、低脂、高蛋白饮食，并常规服用适量助消化药物。对伴发胰腺癌者，一旦发生急性胰脉炎，应充分对症处理，如退热、止痛，纠正水、电解质失调和酸碱紊乱，抗休克等。急性期过后，可考虑手术切除肿瘤，术后给予适当化疗。

（四）皮质类固醇激素后脂膜炎

本病为一过性皮疹，可自行消退，故勿需治疗，症状严重者可加用激素治疗。

（五）寒冷性脂膜炎

1. **内服药**

轻症患者不需服药，重者可口服末梢血管扩张剂，如烟酸肌醇酯200mg，口服，每天3次，7～10天皮疹可消退；烟酸50～100mg，每天3次，口服，或以80～100mg加入5%～10%葡萄糖注射液100～200ml中静脉滴入。口服大剂量维生素E，每天600mg，也有一定疗效。

2. **外用药**

可选用肝素冻疮软膏、樟脑酒精等，以促进皮损部位的血液循环。皮损破溃者按一般溃疡处理，可选用抗生素溶液外敷，如3%硼酸溶液、0.1%新霉素溶液、1∶8000高锰酸钾溶液或各类抗生素软膏如红霉素软膏等。

3. **其它**

避免受冷，保暖，增加热量和维生素。可采用透热、微波、紫外线或激光等理疗方法。

二、中医中药治疗

（一）辨证论治

1. **热毒壅盛证**

[治法] 清热解毒，凉血活血，散结消肿。

[方药] 清瘟败毒饮加减。

生地20克，金银花20克，连翘10克，山栀子10克，天花粉10克，大青叶15克，当

归尾10克，赤芍15克，丹皮10克，桃仁10克，红花10克，制乳香6克，制没药6克，片姜黄10克，生石膏30克，陈皮10克，红藤15克。

[加减] 热甚痛剧、结节红肿较甚加白茅根、黄连、生大黄；热毒内陷、神识昏迷加服紫雪丹或至宝丹；寒热往来者，去生石膏、生地黄，加柴胡、黄芩；热势不甚、结节色暗加生黄芪、牛蒡子，同时外敷玉露膏；热盛肉腐、局部破溃蕴脓可外用三仙丹；便秘溲赤加生大黄、木通。

[分析] 方中金银花、连翘、大青叶、山栀子、生石膏清热解毒；生地、当归尾、赤芍、丹皮、桃仁、红花、制乳没凉血活血；片姜黄、红藤活血散结消肿；天花粉苦寒、清热生津，消肿排脓；陈皮辛温，理气和中，以防诸药伤胃。全方共奏清热解毒、凉血活血、散结消肿之功用。

2. **寒凝血瘀证**

[治法] 温阳散寒，活血化瘀，散结通络。

[方药] 当归四逆汤合通络活血方加减。

当归15克，桂枝10克，赤白芍各10克，细辛6克，桃仁10克，红花10克，香附10克，王不留行15克，茜草10克，牛膝15克，甘草10克，通草10克，青皮10克，泽兰15克，制附子10克，麻黄5克。

[加减] 局部冰冷、触之欠温者加重制附子用量，并酌加炮姜；已溃烂者用生肌玉红膏或马勃膏外敷；破溃溢脓者加生黄芪、白术，同时用三仙丹外敷；未溃破者用姜汁频擦或外用红花油。

[分析] 方中制附子、桂枝温经散寒，与麻黄、细辛合而除内外之寒；当归苦辛甘温，养血活血，与白芍合而和营血、补血虚；更加通草通经脉使阳气振、客寒除、经脉通；赤芍、桃仁、红花、牛膝、泽兰、茜草、王不留行活血祛瘀，散结通络；香附、青皮行气散结消滞；甘草调和诸药。诸药相伍，合而共奏温阳散寒、活血化瘀、散结通络之功用。

3. **痰湿阻络证**

[治法] 健脾利湿，清热化痰，活血散结。

[方药] 萆薢渗湿汤加味。

川萆薢10克，黄柏10克，茯苓20克，苡仁15克，泽泻15克，丹皮10克，滑石15克，通草10克，黄连6克，丹参15克，黄芪20克，桃仁10克，红花10克，木瓜10克，白术15克，王不留行15克，海藻、昆布各10克，浙贝母10克。

[加减] 湿甚而结节明显，去黄连、滑石，加苍术、牛蒡子、青皮；热甚而溃疡明显，去黄芪，重用黄连，加黄芩、防己、车前子。该型亦可选用黄连油、蛋黄油、青黛膏、黄柏霜、三黄洗剂外搽患处。

[分析] 方中萆薢、滑石、泽泻清利湿热；黄连、黄柏苦寒，清热燥湿；黄芪、茯苓、苡仁、白术益气健脾除湿；海藻、昆布、浙贝母清热化痰散结；桃仁、红花、丹皮、丹参活血化瘀；木瓜、王不留行除湿通络。诸药相伍，共奏健脾利湿、清热化痰、活血散结之功。

4. **阴虚内热证**

[治法] 养阴清热，活血散结。

[方药] 四藤增液汤加减。

生地15克，元参12克，麦冬15克，天冬10克，丹参15克，赤芍15克，金银花20克，

大青叶 10 克，海风藤 15 克，首乌藤 15 克，天仙藤 10 克，鸡血藤 15 克，鳖甲 10 克。

[加减] 五心烦热、失眠多梦加珍珠母、五味子、百合；结节坚硬、久聚不散加穿山甲、僵蚕、蜈蚣。同时可用紫色消肿膏外敷。

[分析] 方中生地、元参、天冬、麦冬滋阴清热；鳖甲咸寒，滋阴潜阳，软坚散结；海风藤、鸡血藤、首乌藤、天仙藤养血活血通络，养心安神；丹参、赤芍养血活血；金银花、大青叶清热解毒，凉血消斑。诸药合用，共奏养阴清热、活血散结之功。

（二）验方治疗

1. 活血散结方（编者拟名）[1]

[组成] 丹参、红花、牛膝、当归、川芎、穿山甲、地龙。

[用法] 水煎服，日 1 剂。

[功用] 活血化瘀，散结通络。

[疗效观察] 用本方辨证加减治疗结节性脂膜炎 2 例，均取得较好疗效。作者认为本病由于过敏性血管炎累及皮下脂肪产生局限性炎症结节所致，符合中医“瘀血”理论。

2. 化痰通络方[2]

[组成] 陈皮、僵蚕、浙贝母、金银花、连翘、香附、党参、茯苓、黄芪、蜈蚣、川牛膝、橘络。

[用法] 水煎服，日 1 剂。局部用黄连膏贴于疮面，四周用紫金锭调醋成糊状外涂。

[功用] 健脾化痰，散结通络。

[疗效观察] 用本方治疗久治不愈的狼疮性脂膜炎 1 例，收效满意。

3. 健脾燥湿方[3]

[组成] 党参、黄芪、茯苓、炒白术、当归、薏苡仁、淮山药、甘草。

[用法] 水煎服，日 1 剂。

[功用] 健脾燥湿。

[疗效观察] 用本方治疗经激素等治疗无效的、反复发作的脂膜炎 1 例，一诊 6 剂后病情减轻，二诊原方以高丽参（研末冲服）易党参，苍术易白术，共进 20 剂，同时服用人参健脾丸 20 粒，病情痊愈。8 个月随访，未再复发。

4. 羌独散结汤[4]

[组成] 羌活、独活、木瓜、防己、川黄柏、山栀子各 12 克，川芎、红花、泽泻各 6 克，山楂、茯苓、威灵仙各 15 克，赤芍 9 克。

[用法] 上药煎 15～20 分钟取汁留渣，取汁 200 毫升，日服 3 次。渣另加水外敷薰洗，每日 1～2 次。

[功用] 祛风利湿，通经活络，活血消肿，散结软坚。

[疗效观察] 用本方治疗结节性脂膜炎 13 例，结果痊愈（用药内服加外洗 10 剂，结节消退，症状消失，半年内无复发）11 例，好转（用药内服加外洗 15 剂，结节消退，仍有小片红斑，半年内无复发）2 例。有效率达 100%。

5. 活血化瘀方[4]

[组成] 丹参 30 克，当归、桃仁、山甲珠、牛膝各 15 克，红花、川芎、地龙各 10 克，白花蛇舌草 50 克。

[加减] 兼有湿热者加苍术 9 克、黄柏 10 克；寒甚者加桂枝 6～8 克、草乌 8～9 克。

[用法] 水煎分 3 次服，日 1 剂。

[功用] 活血化瘀，软坚散结，消肿止痛。

[疗效观察] 用本方治疗结节性脂膜炎 5 例，服上方 5 剂后，自觉症状均得到不同程度减轻和缓解，一般用药 20～30 剂后，症状基本消失，血沉检查正常。

6. **加味柴胡桂枝汤**[5]

[组成] 柴胡 12 克，黄芩 10 克，党参 10 克，半夏 12 克，桂枝 9 克，赤芍 9 克，白芍 9 克，金银花 30 克，蒲公英 30 克，鸡血藤 30 克，薏苡仁 30 克，丝瓜络 6 克，乳香 6 克，没药 6 克，制南星 9 克，生姜 6 克，大枣 6 枚，甘草 6 克。

[用法] 水煎服，日 1 剂。

[功用] 调营卫，和气血，清热解毒，活血化瘀，燥湿化痰。

[疗效观察] 用本方治疗脂膜炎 5 例，均痊愈，随访 2～3 年未复发。

（三）其它疗法

1. **针灸**

体针：取穴：阴陵泉、血海、委中、曲池、合谷、风池、外关、商丘、三阴交。方法：留针 20 分钟，隔 10 分钟刺激 1 次，每日 1 次。

管状冷灸：用轻而易握的不易传热材料制成带金属尖端的圆筒，按冰 3、水 1 的比例放入筒中，待金属尖端冷却带霜时即可对结节局部进行冷灸。适用于热毒壅盛证型脂膜炎。

经络导平治疗仪：应用导平治疗仪，频率选择 3～5 赫兹，负极置于手部或足部结节处，正极置于曲池、合谷、足三里。每次治疗只能在 1 个结节部位，通电 30 分钟。适用于寒凝血瘀、痰湿阻络证型脂膜炎。

2. **外治**

(1) 可选用复方当归软膏、复方樟脑霜、鱼石脂辣椒酊等外擦，以促进皮损部位的血液循环。若溃疡时，可外敷芙蓉花碎渣。若破溃继发感染时，可用复方利凡诺膏外敷。皮下脂肪不断坏死液化者，其伤口可用生肌散纱条。

(2) 紫草片 30 克，黄连 3 克，冰片 0.3 克，茶油 500 克，上药共研细末，用茶油调成糊状，外敷患处，日 2～3 次，5～7 天为 1 疗程。适用于热毒壅盛证型之脂膜炎。

(3) 煅石膏 30 克，广丹 1.5 克，冰片 0.3 克，上药共研细末，用麻油适量调成糊状，外敷患处，日 2～3 次，5～7 天为 1 疗程。适用于脂膜炎之结节溃疡久不敛者。

(4) 红灵酊：肉桂、桂枝、当归各 50 克，红花、川椒、干姜各 30 克，樟脑、细辛各 15 克，以酒精 1000 克浸泡，共浸 7 天。以消毒棉球蘸药液揉擦患处，破溃处不能用。适用于寒凝血瘀证型脂膜炎。

(5) 生姜酒：用生姜 100 克捣烂，加入白酒 100 毫升，浸泡 7 天。取酒外搽患处。适用于寒凝血瘀、痰湿阻络证型脂膜炎。

(6) 活血散结酊：芙蓉叶、徐长卿、二面针、雪上一枝蒿、薄荷脑、樟脑油等量浸入白酒中。取酒液外用涂擦伤痛处，每日数次。适用于结节较硬的各证型脂膜炎。

(7) 猫爪草酒：猫爪草 250 克，地龙 150 克，白酒 1000 毫升，共入罐内密封，埋入地下 50 天后启用。外擦患处，每日 3 次。适用于各证型之脂膜炎，以痰湿阻络型效果较佳。

3. **食疗**

（1）海蜇荸荠汤：海蜇100克（洗净），荸荠200克（去皮、切片），加水煮汤食用。功能清热化痰，解渴消肿。适用于热毒壅盛证型脂膜炎。

（2）地骨皮豆腐汤：地骨皮25克，豆腐250克。先将地骨皮煎煮取药汁500克，再加入豆腐及鲜汤、盐、葱等调料一起煮汤食用。功能滋阴清热。适用于阴虚内热证型脂膜炎。

（3）萝卜豆腐汤：萝卜250克，豆腐300克。先将萝卜切丝，与豆腐一起煮汤，再加入味精、盐等调料。功能健脾理气，和胃化痰。适用于痰湿阻络证型脂膜炎。

（4）慈菇烧肉：慈菇、瘦猪肉各250克，加入酱油、酒等调料一起炖煮而成。功能清热化痰，软坚散结。适用于除寒凝血瘀外的各证型脂膜炎。

（5）附子当归煨羊肉：制附子50克，当归50克，瘦羊肉500克，再加酒、姜、葱、酱油等调料一起煨熟后食用。功用温经散寒，活血通络。适用于寒凝血瘀证型脂膜炎。

第五节 预 防

（一）注意调摄

加强个体调摄对本病预防较为重要，如房室有节、饮食有常、劳逸结合、起居作息规律化等。

（二）加强锻炼，增强体质

视具体情况，积极参加各种体育运动，以增强体质，提高机体对外邪的抗御能力。

（三）防止外邪侵袭

注意四时气候变化，适时调摄寒温，避免感受外邪，预防本病发作。

（四）注意避免接触诱发因素

（五）进行预防性治疗

未发作时，要坚持治疗，调整阴阳气血，恢复脏腑正常功能，可望减少、减轻或制止复发。

（六）适当应用激素

应用皮质类固醇激素者，减量时应逐渐递减，不可急剧抽减激素用量。

（七）加强保暖

寒冷性脂膜炎患者，应加强保暖，避免长期暴露于寒冷的环境中，对婴幼儿外出时尤应注意面部保暖，吃冰棒时应注意避免与面颊部皮肤接触。

（八）调节饮食

复发性发热性结节性非化脓性脂膜炎应避免吃辛辣刺激、煎炸油腻等食物，以免生热助

湿及滋生痰热，使病情加重或复发。

参考文献

[1] 张治华．中西医结合杂志　1983；(6)：46
[2] 徐宜厚．中医杂志　1988；(12)：687
[3] 赵人和，等．中医杂志　1982；(2)：113
[4] 张俊庭，等主编．当代中医师灵验奇方真传．第一版．北京：中国医药科技出版社，1994；1340
[5] 苗子庆．中医杂志　1985；(6)：54

第十五章　变应性亚败血症

第一节　概　述

变应性亚败血症又称 Wissler—Fanconi 氏综合征，是一种原因不明、可能与感染有关的自身免疫性疾病。本病过去多见于 2～10 岁的儿童，但现在成人发病也不少。其临床特征以长期间歇性持续发热、多形性皮疹、关节疼痛、血白细胞增高、血培养阴性为主。多数学者根据其临床表现、实验室检查以及病情发展的特点与少年型类风湿性关节炎、Still 氏病相似，而认为是类风湿性关节炎的临床变异型，或认为是类风湿性关节炎的一个临床阶段或急性发热型；也有人认为本病似乎是介于风湿热与类风湿性关节炎之间的变态反应性疾患，或认为本病是许多自身免疫病如类风湿性关节炎、多发性肌炎和皮肌炎、系统性红斑狼疮等的早期过渡阶段，即认为这些疾病在早期、临床经过呈不典型阶段时，可出现本病相应的临床表现和实验室检查的异常。本病大多数经过良好，一般不遗留关节僵硬和畸形等后遗症，X 线检查也多无类风湿性关节炎的特征性改变。

祖国医学虽无变应性亚败血症病名，但按其临床症状、体征及本病发展的规律一般归于“热病”、“风湿”、“湿痹”、“湿温”、“热痹”等范畴。但也有人将其归于“内伤发热”的范畴。类似本病的记载，早在《素问·痹论》中已有阐述，曰：“痹……，其热者，阳气多，阴气少，病气盛，阳遭阴，故为痹热。”《诸病源候论·风病诸候下》也指出：“夫人阳气外虚则多汗，汗出当风，风气搏于肌肉，与热气并。”张子和在《儒门事亲》中更明确提出：“痹病以湿热为源，风寒为兼，三气合而为痹。”至明、清时期，人们不但认识到本病与感受六淫之邪相关，而且还认识到本病的发生与内在体质因素相关，并对其治疗原则进行了深入的阐发。如《医学心悟》谓之“三阴本亏，恶邪袭于经络”所致。叶天士《临证指南医案》则说：“从来痹证，每以风寒湿三气杂感主治，召恙之不同，由于暑喝外加之湿热，水谷内蕴之湿热，外来之邪，著于经络，内受之邪，著于脏腑，故辛解汗出，热痹不减，全以急清阳明而致小愈。”顾松园《医境》继之认为热痹不仅可由感受湿热之邪而起，就是风寒湿痹，“邪郁病久，风变为火，寒变为热，湿变为痰”，亦为热痹；提出疏散邪滞、通经活血、清热、降火、豁痰等治疗大法，这些治疗方法在目前临床治疗上仍有一定指导意义。近年来，国内有的学者根据本病急性发作时有高热、关节痛，慢性期部分病例可有长期的关节肿痛如类风湿样，认为属痹病范围。其高热为痹病发热，即《内经》所谓痹热，又因本病发热前多先有畏寒寒战，为区别于一般的热痹之证，故冠以寒热痹病名[1]。

第二节　病因病理

一、西医病因病理

1. **感染**

许多临床资料提示本病可能与病原微生物的感染有关，如细菌、病毒、支原体、真菌等。在机体免疫功能降低的情况下，最易侵犯人体而发病。从临床经过看，多数病人在发病初期即有上呼吸道感染或病前有受凉感冒史，部分病人可有抗“O”增高，或C反应蛋白呈阳性反应。

2. **过敏反应**

虽然许多的临床现象均提示本病与感染相关，如发热、淋巴结肿大、血白细胞总数增多且伴粒细胞核左移，骨髓检查也多提示为感染骨髓象，但至今为止，仍没有找到感染的确切依据。本病血培养常无细菌生长，且抗感染治疗无效而激素治疗敏感，有时大量应用抗生素治疗，却事与愿违，抗生素应用越多而发热就越高。因此，一般认为，本病除与感染因素有关外，还与感染原或变应原引起的过敏反应有关，即认为本病是感染与过敏反应的综合表现。

二、中医病因病机

（一）病因

1. **正虚**

素体气阴亏虚，正气不足，以致腠理不密，卫外不固，是引起本病的内在因素。正气亏虚之人，易受外邪侵袭，且在感受外邪后，不易及时祛散，致外感邪毒由表及里，由经络侵及脏腑而引发本病。

2. **邪侵**

外感六淫之邪是引发本病的外在条件。素体阴虚或阴虚有热等内有蕴热之体，容易感受风湿热邪，即使感受寒湿之邪，也易随体质易感性而从热化，导致风湿热毒痹阻经络关节形成热痹。因此，吴鞠通在《温病条辨》中明确指出：“湿表热蒸，蕴于经络，寒战热炽，骨节烦痛，舌色灰滞，病名热痹。”

（二）病机

风湿热毒侵袭人体后，在病变初期，邪毒侵袭卫表，邪正相争，因而出现发热、恶寒、头痛、肢节酸痛等症。随着病情的进一步发展，风湿热毒侵犯经络，痹阻肢节，则可出现关节红肿热痛、发热、脉数等症；邪毒壅遏中焦，湿热留恋不退，则又多见发热起伏，汗出不退，或伴见胸闷、腹胀、恶心、纳少等症；湿热郁于肺胃，充斥内外，透于肌表，故见斑疹隐隐，时退时现；若邪热内陷营血，则发疹时斑量增多，分布密集，色如胭脂或紫黑，严重者可伴衄血、吐血、便血，或与烦躁谵语同见。气虚明显者，则见发热不退，神疲懒言，而色无华，

纳食减少，至疾病后期则多呈正虚邪恋之象。

需强调指出的是，本病虽可归属于温病范畴，但其发病无明显的季节性，发热期较长，而且病情容易反复发作，因此，它与一般的四时温病不同。另一方面，本病常因出现关节肿胀疼痛、屈伸不利而归属于痹证范畴；但本病病机中的夹风之说比其它一般痹证的夹瘀之说尤显突出。因在发热、关节疼痛症状出现的同时，常见有皮疹时隐时现，皮肤瘙痒，因而在治疗中更注重宣透祛风药物的应用。

第三节 诊 断

一、辨病·西医诊断

（一）症状与体征

1. 发热

热型多种多样，多见长期持续性间歇热或呈弛张热型，午后体温增高，至傍晚时达高峰，至清晨或上午则恢复正常或接近正常。每日最高体温可达39℃，甚至40℃，每次发作可持续数周至数月。但病人一般情况良好，无明显感染毒血症症状，热退后如常人。发热症状常因受凉、劳累、上呼吸道感染或外科手术而诱发，各种抗生素治疗无效，而应用肾上腺皮质激素或非甾体抗炎药，可使体温降至正常。

2. 皮肤斑疹

据临床观察，约有60%以上的病人伴有皮疹，可在发热前或关节病变后出现。皮疹时间短者仅数小时，长者数日，一般随发热的程度而增减，即发热高峰时皮疹最明显，热退后皮疹也随之消退。皮疹形态多种多样，多为斑丘疹或荨麻疹样皮疹，也可呈猩红热样、麻疹样、疱疹样，或多形性红斑样皮疹，大小不等，散见于全身、四肢、躯干以及面、颈部均可发生。皮疹消退后一般不遗留痕迹，但经刺激后可在以往发疹部位再现皮疹，也即同形反应常阳性。皮疹常为疾病复燃的先兆。

3. 关节肿痛

起病隐匿，病初常被急性发热等症状掩盖，多数为暂时肿胀疼痛，以大关节多见。如成人关节炎以膝常见，肩、肘、腕、髋、踝以及双手指关节均可受累，运动不受限制，部分病人转变成慢性多发性关节炎。高热时疼痛加剧，热退后疼痛缓解。

儿童期发病者，可急性发作与缓解反复交替呈周期性，延至成年。

4. 肝脾和淋巴结肿大

半数患者有肝脾肿大，中等硬度无压痛。个别肝肿大肋缘下可达6～8cm，血清胆红素、谷丙转氨酶及γ球蛋白同时升高。淋巴结肿大常在体温正常后随之缩小，淋巴结活检多提示慢性非特异性炎症。本病在早期即可出现全身淋巴结肿大，尤以颈项、腋下以及腹股沟处多见，无压痛，肠系膜淋巴受累时可引起腹痛等症。

5. 其它

心脏病变如心包炎、心肌炎可发生在关节肿痛之后，或同时出现，轻者易被忽视，严重

病例可有胸前剧烈疼痛或心包填塞。脑部血管受累时可出现脑膜刺激症状及脑病，如项强、头痛、呕吐、抽搐、脑脊液压力增高及脑电图改变等。

5岁以下儿童可引起生长发育障碍。

（二）实验室检查

1. 血常规

多数白细胞总数增高，一般在10～20×10^9/L，个别可高达40～50×10^9/L，并伴粒细胞核左移。部分病人可有贫血，多为轻、中度低色素性贫血。血沉增快。血培养常无细菌生长。骨髓检查可见粒细胞增生，胞浆有中毒颗粒及空泡而提示感染骨髓象。

2. 血清及免疫学检查

血清粘蛋白、γ球蛋白升高，免疫球蛋白IgG、IgA、IgM均可增高，抗“O”和补体多数正常，类风湿因子阴性，偶见阳性。C反应蛋白阳性常为判定疾病活动的指标。

3. 尿常规检查

可呈现热性蛋白尿。如体温正常仍有蛋白尿者，应考虑并发肾脏的淀粉样变性。

（三）诊断要点

1. 诊断

本病无统一的诊断标准，一些学者提出5条标准可作为临床诊断的参考[1]。

（1）不规则发热持续两周以上，以弛张热为主；

（2）反复出现一过性皮炎、关节痛；

（3）用抗生素治疗无效，类固醇激素能使症状缓解；

（4）周围血象白细胞增高，血沉增速，血培养阴性；

（5）排除其它可能的疾病。

2. 鉴别诊断

由于本病无特异性诊断方法，只有排除其它疾病后才肯定诊断。可排除的疾病，主要包括以下几种：

（1）败血症：一般均有原发感染病灶，发热前常伴明显的寒颤以及毒血症症状，皮疹夹有瘀点或瘀斑，血及骨髓培养有细菌生长，抗生素治疗有效，糖皮质激素类药物治疗无效。

（2）急性风湿热：虽然发病前半数以上有咽峡炎或扁桃体炎等上呼吸道感染史，急性发作时也可有发热、关节痛等表现。但本病多无反复发作性皮疹，常伴有心脏炎、舞蹈症或皮下结节、环形红斑等，抗“O”增高。

（3）系统性红斑狼疮：常有心脏、肺、肝、肾以及中枢神经系统等多系统的脏器损害，有典型的面部蝶形红斑，血白细胞减少，抗核抗体阳性，血液或骨髓涂片常可找到狼疮细胞等，均有助本病的诊断。

（4）类风湿性关节炎：类风湿性关节炎少有高热，常以关节的梭形肿胀及变形为主，且见于病变始终，而变应性亚败血症则在发热期关节肿胀疼痛明显，热退后则减轻或消失。

（5）淋巴瘤：淋巴瘤早期不易与本病的淋巴结肿大相鉴别，但淋巴瘤淋巴结肿大的特点为进行性肿大，皮肤损害以浸润性斑块、结节、溃疡及斑丘疹为主，淋巴结或皮损活检常能明确诊断。

（6）皮肌炎：典型皮损为眼睑、眼眶周围紫红色水肿样红斑，并有腰及四肢近端肌肉的疼痛、无力和萎缩，实验室检查谷草转氨酶、乳酸脱氢酶、肌酸磷酸激酶、醛缩酶等均可升高，24 小时尿肌酸排泄量增高，肌电图检查多提示肌源性损害，皮肤肌肉活检可确诊。

二、辨证·中医诊断

（一）辨证要点

1. 辨发热

本病病初温邪上受，继之由表及里，传入气分，主要为湿热交蒸，阻于中焦，气机失常，气分炽热波及营分，营热外窜则伤肌表血脉及经络关节。由于邪热缠绵，较长地逗留气营之间，故病久热邪伤津入络，一则耗气伤阴，导致气虚阴伤；二则瘀血内阻，瘀热留伏难解。因此，湿热发热者，多见于申酉之时，热势起伏，留恋不退，一旦内陷营血，则与烦躁谵语同见；气虚和阴虚发热者，多在上午或午后夜间发热，劳累后尤甚，且易反复发作。

2. 辨关节痛

关节症状主要为湿热壅盛或热毒留恋，阻于经络所致，常呈关节肿胀，肌肉酸痛。一旦湿热去，则肿胀消，疼痛减。若湿热郁久积瘀，形成湿热痰浊瘀血交阻，则关节肿痛难消。

3. 辨斑疹

本病斑疹以其形荣润浮松为佳，紧束干晦为凶；其色以淡红为轻，深红为血热，红艳如胭脂为血热之甚，紫黑为热极。大抵由斑转疹者，病势向愈，由疹转斑者，病势加重。斑疹的出现为邪气外泄之象，故不死者多；但如出疹时神志不清，甚或昏迷者，则为凶险之候。

（二）辨证分型

1. 温热袭表证

[临床表现] 发热，恶寒，头胀痛，肌肉关节疼痛，或咽痛，咽痒，咳嗽，口渴，汗出，舌尖红，苔薄白或微黄，脉浮弦数。

[辨证分析] 温热毒邪侵袭人体，多自口鼻而入，内犯于肺，肺与皮毛相合，故本病初起，多见发热、头痛、微恶寒；邪阻经络，故见肌肉关节疼痛；肺受湿热之邪，上熏口咽，故咽痛、咽痒、口渴；肺失清肃则见咳嗽；舌红苔薄黄、脉浮弦数均为湿热袭表之候。

2. 湿热蕴结证

[临床表现] 发热起伏，缠绵不退，汗出而热不解，或肢体肿痛，僵硬不适，身体困倦，常伴胸闷、纳呆、恶心、腹胀，口中粘腻，小便短赤，舌苔黄腻或白腻而干，脉弦滑。

[辨证分析] 湿为阴邪，其性粘腻，郁而化热，热为湿遏，故发热起伏，缠绵不退；虽汗出，但湿邪未尽，故热不解；湿邪郁阻肢体关节，故见肢体肿痛，僵硬不适；湿阻气机，胃失和降，故见纳呆，恶心，腹胀，口中粘腻；湿热交蒸，湿蔽清阳，气机不畅，故见胸闷体困；苔黄腻、脉弦滑均为湿郁化热、湿热互阻之象。

3. 气营两燔证

[临床表现] 壮热不退，日晡尤甚，肌肤斑疹或疹色鲜红，头痛，烦躁，甚则谵语，舌质红或绛，苔黄，脉细数。

[辨证分析] 温邪内传，气分热盛，故壮热不退，日晡尤甚；热陷营血，迫血妄行，故见肌肤斑疹，疹色鲜红；热毒炽盛，上犯清窍，内扰神明，则头痛，烦躁，谵语；舌红绛、苔黄、脉细数为气营热盛、热伤营阴之象。

4. **阴虚邪恋证**

[临床表现] 低热稽留或夜热早凉，热退无汗，常伴颜面颧红，时感烘热，关节酸楚，或五心烦热，口干不欲多饮，盗汗，尿赤便干，舌红少苔，脉细数。

[辨证分析] 邪热久羁，阴液渐见亏损，正虚不能御邪，邪伏阴分，故低热稽留，夜热早凉；热退无汗，是阴津不足，汗液难及肌表；阴虚则虚热内生，故见颜面颧红，时感烘热，五心烦热，盗汗；津不上承，故见口干；阴虚内热，故见尿赤便干；舌红少苔、脉细数均为阴虚邪恋之象。

5. **气阴两虚证**

[临床表现] 发热汗多，体倦气短，咽干口渴，或干咳少痰，肢节酸痛，面色无华，纳差，舌淡，苔薄白少津，脉虚细或虚数。

[辨证分析] 本证多见于疾病后期，元气不足，阴血亦亏，浮阳外越，故见发热汗出；气阴不足，则可见干咳少痰，体倦气短，咽干口渴；因脾主四肢肌肉，脾气虚则见肢节酸痛；脾虚胃失受纳则见纳少；舌淡苔薄少津、脉虚细均为气阴不足之象。

6. **风湿热痹证**

[临床表现] 关节红肿，疼痛剧烈，入夜尤甚，可病及多个关节，关节疼痛常与壮热烦渴、尿赤共进退，舌红苔黄腻，脉滑数或弦数。

[辨证分析] 风湿热壅阻于经络、关节，气血郁滞不通，日久化火伤津，故关节红肿疼痛，入夜尤甚；热毒炽盛，充斥气分，故壮热；热伤阴津故烦渴；舌红苔黄腻、脉滑数或弦数均为湿热壅盛之象。

第四节　治　疗

一、西医西药治疗

1. **糖皮质激素**

糖皮质激素为治疗本病的有效药，多数病人一般在用药 3～5 天内体温下降或恢复正常，皮疹及关节痛也消失，肿大的肝脾和淋巴结回缩。强的松每日 30～60mg，病情缓解后逐渐减量，全身症状明显者，也可给予地塞米松 5～10mg，或氢化考的松 100～200mg 静脉滴注，症状消失后再改为强的松口服。为防止糖皮质激素减量或停药后的复发，治疗中应注意除了临床症征恢复正常外，还应待实验室检查数据恢复正常后开始减量，尤其是反映本病炎症活动性的指标，如血沉、C 反应蛋白等，一般均应恢复正常或接近正常。如在减量期间，病情复发，应再加至原剂量，直至症状控制。

激素减量的原则亦应遵循先快后慢，逐渐递减的方法，如强的松开始时可每 1～2 周减 5mg，减至较小剂量时可每 1～2 周减 1.25mg，最后以维持量（每日 5～15mg）维持 3～6 个月。

2. **非甾体类抗炎药**

抗炎强度虽不及糖皮质激素，但其有解热、镇痛作用，故对本病的发热和关节肿痛症状有一定的治疗效果，常用药物如阿司匹林、布洛芬、消炎痛等。

3. **免疫抑制剂**

为试探性治疗药。主要药物有环磷酰胺、硫唑嘌呤和苯丁酸氮芥等。

二、中医中药治疗

（一）辨证论治

1. **温热袭表证**

[治法] 疏风清热，化湿解毒。

[方药] 银翘散加减。

银花 30 克，连翘 20 克，荆芥 10 克，豆豉 10 克，桔梗 6 克，牛蒡子 10 克，竹叶 10 克，芦根 30 克，生甘草 6 克，防己 15 克，茯苓 10 克，海桐皮 20 克，藿香 10 克，滑石 30 克。

[加减] 恶寒重者，加柴胡、葛根、羌活解肌清热；肺热盛、咳痰粘稠者，加黄芩、生石膏、瓜蒌、川贝清化痰热；热毒症状明显者，加大青叶、蒲公英、板蓝根、元参解毒利咽。

[分析] 银花、连翘辛凉解表，清热解毒；荆芥、豆豉解表透邪；桔梗、牛蒡子、竹叶、芦根、甘草宣肺利咽，清热升津；另加防己、茯苓、海桐皮、藿香、滑石化湿通络。

2. **湿热蕴结证**

[治法] 清热解毒，利湿化浊。

[方药] 甘露消毒丹加减。

银花 20 克，连翘 10 克，茵陈 15 克，滑石 15 克，薏苡仁 20 克，木通 6 克，黄芩 10 克，藿香 10 克，石菖蒲 10 克，白豆蔻 10 克，薄荷（后入）10 克，陈皮 6 克，竹茹 6 克。

[加减] 湿热阻于肢体经络而见肢节肿痛者，加苍术、黄柏、川牛膝利湿通络；小便赤涩者，加车前子、萹蓄、瞿麦、石苇清热通淋；兼有肝脾肿大者，加三七、鳖甲、泽兰、急性子化瘀消癥。

[分析] 方中以银花、连翘、茵陈、滑石、苡仁、木通、黄芩清热利湿，解毒化浊；藿香、石菖蒲、白豆蔻、薄荷芳香化浊，行气悦脾；陈皮、竹茹和胃化浊。

3. **气营两燔证**

[治法] 清营凉血，透热转气。

[方药] 凉营清气汤加减。

石膏 30 克，知母 15 克，水牛角 30 克，生地 30 克，元参 15 克，紫草 15 克，赤芍 15 克，丹皮 12 克，银花 30 克，连翘 12 克，黄连 10 克，竹叶 10 克。

[加减] 头痛、烦躁、谵语者，可加用神犀丹；兼见动风抽搐者，可合用羚羊钩藤汤加减；热毒炽盛、迫血妄行而见肌肤斑疹鲜红、广泛者，可加茜草，重用生石膏，冲服紫雪丹；邪阻经络，关节肿痛者，加秦艽、木瓜、桑枝舒经通络。

[分析] 方中以石膏、知母大清气热；水牛角、生地、玄参、紫草、赤芍、丹皮清营凉血，散瘀消斑；银花、连翘、黄连、竹叶清热解毒，透热转气。

4. **阴虚邪恋证**

[治法] 养阴清热，透邪外出。

[方药] 青蒿鳖甲汤加减。

鳖甲 10 克，青蒿 30 克，生地 30 克，知母 15 克，丹皮 10 克，太子参 15 克，沙参 12 克，石斛 12 克，地骨皮 15 克，银柴胡 12 克，忍冬藤 30 克。

[加减] 盗汗较甚者，加煅牡蛎、麻黄根、浮小麦固表敛汗；余热不清、五心烦热、夜寐不安者，可合用竹叶石膏汤加减；胃阴不足、口干纳少者，合用养胃汤加减。

[分析] 方中以鳖甲滋阴退热，“入络搜邪”；青蒿清热透络，引邪外出；生地、知母、丹皮苦寒滋润，内清血中伏热，外透伏阴之邪；另加太子参、沙参、石斛益气养阴；加地骨皮、银柴胡、忍冬藤清退邪热。

5. **气阴两虚证**

[治法] 益气养阴，生津止汗。

[方药] 生脉散合当归补血汤加减。

人参 10 克，黄芪 30 克，当归 15 克，麦冬 15 克，五味子 10 克，生地 20 克，元参 15 克，沙参 12 克，玉竹 12 克。

[加减] 气虚较甚、热势或高或低，劳累后加剧者，可合用补中益气汤加减；气虚表卫不固、自汗较多、易于感冒者，可合用玉屏风散加减；营卫不和、时冷时热、汗出恶风者，加桂枝、白芍调和营卫。

[分析] 方中以人参、黄芪益气固表；当归、麦冬养阴生津，清虚热而除烦；五味子益气生津，敛肺止汗，以滋汗源；另加生地、玄参、沙参、玉竹以增强滋阴生津之效。

6. **风湿热痹证**

[治法] 清热解毒，化湿通络。

[方药] 四妙散合宣痹汤加减。

苍术 15 克，黄柏 15 克，薏苡仁 30 克，牛膝 15 克，防己 15 克，连翘 15 克，滑石 20 克，栀子 10 克，赤小豆 30 克，羌活 10 克，独活 10 克，木瓜 10 克，地龙 10 克。

[加减] 兼有皮疹者，加赤芍、丹皮凉血化瘀；斑疹消退、遗留色素沉着者，加桃仁、红花、丹参、川芎活血化瘀；关节红肿、疼痛剧烈者，加双花、公英、地丁、板蓝根、土茯苓、泽泻、车前草清热解毒，利湿消肿。

[分析] 方中以苍术、黄柏、苡仁、牛膝清热燥湿，通利筋脉；防己、连翘、滑石、栀子、赤小豆祛湿清热，宣痹止痛；酌加羌活、独活、木瓜、地龙等祛风除湿，通利关节。

（二）验方治疗

1. **消风散加黄藤方**[2]

[组成] 荆芥、防风、羌活、独活、蝉衣各 10 克，生石膏 15 克，丹皮、土茯苓、僵蚕、贝母、生地各 12 克，黄藤 10 克。

[用法] 水煎服，日 1 剂。

[功用] 清热除湿，祛风通络。

[疗效观察] 治 1 例罹病近 3 年，用中西药均不能控制其发作，于渐停激素的同时服用本方，治疗 70 天，诸症皆失，唯指关节仍呈梭状改变。

2. **补肾解毒方**[3]

[组成] 重用生地 60 克，另加土茯苓、秦艽、徐长卿、苍耳草。

[用法] 水煎服，日 1 剂。

[功用] 清热凉血，祛风解毒。

[疗效观察] 治疗 3 例，2 例治愈。

3. **柴胡清营汤加减方**[4]

[组成] 生地、广角、柴胡、玄参、麦冬、知母、赤芍、丹皮、紫草、龙胆草、黄芩、连翘、银花、青蒿、槟榔、甘草、生军、羚羊角。

[用法] 水煎服，日 1 剂。

[功用] 清营凉血，透邪外出。

[疗效观察] 治疗 10 例，全部治愈。

4. **清气透营凉血汤**[5]

[组成] 生石膏 90 克，知母 15 克，北沙参 20 克，生地黄 30 克，元参 15 克，紫草 15 克，黄芩 12 克，升麻 6 克，柴胡 9 克，牡丹皮 15 克，连翘 15 克。

[加减] 身热无汗、苔黄腻加藿香、佩兰；阴亏较甚加龟板、鳖甲。

[用法] 水煎服，日 1 剂。

[功用] 清气透营，凉血滋阴。

[疗效观察] 治疗 2 例变应性亚败血症，用药 1 周后体温降至正常，关节痛及皮疹消失，各项检查恢复正常，随访 8 年未复发。

5. **清热凉血汤**[6]

[组成] 金银花、忍冬藤各 15 克，生地 20 克，生石膏 20 克（先煎），知母 15 克，羚羊角粉 0.9 克（冲服），丹皮 6 克，玄参 8 克，地骨皮 6 克，赤芍 6 克，威灵仙 10 克。

[用法] 水煎服，日 1 剂。

[功用] 清热凉血，通络止痛。

[疗效观察] 用本方治疗儿童变应性亚败血症 1 例，服药 5 剂后，热退关节痛减；继服 15 剂，诸症悉除；连服 40 剂，巩固疗效。随访半年未见复发。治疗结果表明，本方具有调节免疫之功，用药后可逐步取代激素，长期服用又无激素副作用，与激素相比，用之更为安全。

三、中西医结合治疗

1. **中西医结合治疗的方法、用药原则及注意事项**

国内应用中西医结合的方法治疗本病主要以中药为主，同时配合小剂量糖皮质激素。或在先用抗生素和糖皮质激素治疗的基础上，加用中药辨证论治。一般在本病的急性期，可在口服强的松或静滴地塞米松控制病情的基础上，加用中药凉营解毒方药，方中可重用生地、知母、生石膏、黄柏、山药、黄芩、玄参、甘草、双花、连翘等，如激素用量较大时，生地用量可至 30～120 克不等，知母用量也可达 30 克。病情控制后，进入慢性期，多采用益气养阴，或补肾填精、温阳通络的方法来逐渐撤减糖皮质激素，益气养阴多选用黄芪、太子参、云苓、山药、苡仁、生地、麦冬、石斛等，补肾温阳多选生地、山药、补骨脂、菟丝子、仙茅、仙灵脾、肉苁蓉、党参等。中西药联合应用时，一则注意本病虽酷似败血症，但大量应用抗生

素有时往往事与愿违，故对抗生素的应用，应谨慎从事；二则注意某些食物和药物本身，如海腥、蛋白类食物、磺胺药、青霉素、黄连素等均可引起致敏而发生全身中毒症状；三则注意激素虽能抗敏退热，但长期使用又可使免疫机能减退，招致继发感染，继发感染后又因抗生素的累加引起变态反应，形成恶性循环。因此，在选用抗生素、激素以及中药时，一定要根据病人的具体病情，全面权衡利弊后，合理使用。

2. 文献报道的中西药配用方法（此仅摘录病例较多者）

方法一[7]

[治疗方法]

中药用自拟清解抗敏方，基本方组成：防风 6 克，荆芥、连翘、黄芩各 12 克，青蒿 15 克，忍冬藤 20 克，大青叶 30 克。若见恶寒发热、咽喉疼痛、皮疹隐现者，加入香薷 15 克、豆豉 12 克；高热稽留、汗多、关节疼痛、皮疹明显者，加生石膏 30 克（先煎），知母、玄参各 15 克，丹皮 10 克；关节痛甚者，加桑枝 15 克、当归 12 克；阴液亏损者，加麦冬、石斛各 12 克，生地 15 克、地骨皮 20 克。每日 1 剂煎服，治疗时间 4～16 个月不等，平均为 6.5 个月。西药采用强的松每日 30 毫克，分 3 次口服治疗。

[治疗结果]

用本法治疗变应性亚败血症 34 例，痊愈（控制症状迅速，实验室阳性指标转阴，停药后 1 年不复发）9 例，有效（症状控制，实验室阳性指标部分转阴，停药后偶有复发）20 例，无效（症状未控制，实验室指标持续阳性）5 例。总有效率为 85.29%。提示本方法对该病具有缓解症状、稳定病情、改善和调节机体免疫功能的作用。

方法二[8]

[治疗方法]

西药治疗组（23 例）：单用激素治疗。药用肾上腺皮质激素，多为中等量。强的松每日 30～40 毫克，分 3 次口服；少数乏效者可加大剂量，但一般不超过每日 80 毫克。待体温控制并降至正常或症状缓解 1～2 周，病情业已稳定后，每隔 7～10 日减量 5 毫克，直至停用。

中西医结合治疗组（37 例）：激素治疗与西药治疗组完全一致，并按中医辨证分型加用中药调治。邪犯卫表型（8 例），治宜泄卫透邪、解表清热，方宗新加香薷饮加减：香薷、升麻、淡豆豉、蝉蜕各 9 克，银花、连翘各 12 克，薄荷、荆芥、桔梗各 6 克，生甘草 3 克。热炽气营型（12 例），治当清气凉营、泄火解毒，方选白虎汤合清营汤化裁：生石膏 30～90 克（先煎），丹皮、赤芍、连翘各 9 克，知母、生地、元参各 15 克，银花 12 克，板蓝根 30 克，生甘草 6 克。阴虚血瘀型（17 例），治拟养阴退热、活血祛瘀为法，方选增液汤合青蒿鳖甲汤加减：元参 12 克，生地、炙鳖甲（先煎）各 15 克，知母、麦冬、丹皮、青蒿、地骨皮、红花各 9 克，生甘草 6 克。

上述 3 型处方，在使用激素期间均为每日 1 剂，水煎 2 次，分上、下午送服，待激素撤除后，改为间日 1 剂或每周 2 剂，连用 3 个月以上，以冀巩固疗效，防止反复。

[治疗结果]

西药治疗组：痊愈（控制症状迅速，实验室阳性指标恢复正常，停药后 1 年以上不复发者）7 例（30.4%），好转（能控制症状，实验室阳性指标接近正常，停药后 1 年内仍有反复者）9 例（39.2%），无效（控制症状不甚满意，实验室指标持续阳性者）7 例（30.4%）。有效率为 69.6%。中西医结合治疗组：痊愈 21 例（56.8%），好转 13 例（35.1%），无效 3 例

(8.1%)。有效率为91.9%。两组疗效比较显然以中西医结合组为优(P<0.05)。临床观察发现西药组激素减量时有10例再度发热和症状复发，占62.5%，而中西医结合组仅3例激素减量时出现反跳，占8.8%。两组比较，差异极为显著(P<0.01)。对36例患者进行了为期2～11年的随访观察，结果表明：西药组随访16例，症状完全缓解已能正常工作2年者3例，3年者2例，共计5例，占31.3%；2年后病情复发者8例(其中2例出现关节畸形)，占50%；死亡3例，占18.7%。中西医结合组随访20例，症状完全缓解正常工作2年者6例，5年者5例，10年以上者5例，共计16例，占80%；2年后病情复发者4例(其中2例出现关节畸形)，占20%。

第五节 预 防

(一) 加强锻炼，增强体质

适当进行体育锻炼，增强体质，提高机体防御外邪的能力，是预防本病的重要环节。可以根据不同的年龄和体质情况，进行各种体育活动，如广播操、太极拳、八段锦、跑步等，要养成经常性户外活动的习惯。

(二) 注意个体调摄

加强个体调摄，慎于摄生，不使精气受损，对本病预防极为重要。房室要有节，以免损其肾之精气；劳逸应结合，避免过度疲劳；注意起居作息规律，调摄寒温，避其外邪侵袭；调节饮食，勿恣食生冷、肥甘、辛辣、燥热之品，以保护脾胃健运功能，防止湿热内生；注意精神调摄，保持精神愉快，避免情志内伤，损及脏腑精气；保持室内外环境卫生和个人卫生，室内应经常开窗，以使空气新鲜，并有充足的阳光照射，防止细菌、病毒等感染。

(三) 急性期应加强护理，防止病情发展

急性期应卧床休息，保持环境安静，住室须注意空气流通，但要避免直接当风。饮食以清淡流汁为宜，多进果汁、米汤、薄藕粉等，忌油腻辛辣燥热之物。即使瘥后，热退脉静，食欲渐振，食量也应逐渐增加，并以稀饮少渣、易于消化的食物为宜，忌食坚硬多渣之品。高热、汗出较多，应勤换衣被，且不宜盖过多衣被。神昏、痉厥时要注意呼吸道痰涎的清理，并加强护理，防止意外事故的发生。

(四) 注意避免诱发因素

某些食物和药物本身，如海腥、蛋白类食物、磺胺药、青霉素、黄连素等可引起致敏而发生全身中毒症状，医患均应谨慎注意。治疗本病勿长期使用激素，以免使机体免疫机能减退，招致继发感染，而继发感染后又因抗生素的累加引起变态反应，终致形成恶性循环。

参考文献

[1] 路志正，等主编．痹病论治学．第一版．北京：人民卫生出版社，1989；289～290

[2] 曹美莹．陕西中医　1982；(6)：10
[3] 施赛珠，等．中医杂志　1984；(4)：41～42
[4] 韩志光，等．中医杂志　1984；(2)：42～43
[5] 张会川．中医杂志　1988；(8)：44
[6] 黄士民．江西中医药　1995；26 (5)：11
[7] 王宇岭，等．陕西中医　1995；16 (11)：490
[8] 郁觉初，等．中医杂志　1991；(12)：33～35

第十六章　重迭综合征

第一节　概　述

重迭综合征（Overlap syndrome）又称重叠胶原病（Overlapping collagen diseases，OCD），是指风湿病病情的重迭，既往被称为重迭胶原病，或重迭性结缔组织病，现已被公认为是一组独立的疾病。重迭综合征习惯上分为4种类型。Ⅰ型：6种传统胶原病中明确并发2种以上者，如系统性红斑狼疮和皮肌炎（或多发性肌炎）、系统性红斑狼疮和进行性系统性硬化症、进行性系统性硬化症和皮肌炎（或多发性肌炎）、系统性红斑狼疮和类风湿性关节炎等重迭发病。Ⅱ型：几种风湿病表现互相融合而构成新的独立疾病，并具有各自的特定的诊断标准，如混合性结缔组织病、硬化性皮肌炎等。Ⅲ型：胶原病和胶原病的近缘病以及其他自身免疫性疾病的重迭，如系统性红斑狼疮及其他胶原病和干燥综合征或（和）白塞氏综合征等重迭发生。Ⅳ型：胶原病的近缘病之间的重迭或与其他自身免疫性疾病的重迭，如干燥综合征和白塞氏综合征、干燥综合征和坏死性血管炎、白塞氏综合征和天疱疮等重迭发病。

由此可见，本组病分型较多，其表现亦相当复杂。值得指出的是混合性结缔组织病，它具有系统性红斑狼疮、硬皮病、皮肌炎或多发性肌炎的诸种症状，但又不能诊断为其中的任何一种疾病，并以手部肿胀或面部硬肿、局部皮肤紧张肥厚、手指呈腊肠样改变、伴发明显且频繁发作的雷诺氏现象、血清中高滴度斑点荧光抗核抗体和高滴度可溶性核抗原抗体、糖蛋白抗体阴性、皮质类固醇激素治疗效果较好为特征。

本组疾病在祖国医学文献中虽无明确记载，但古人很早就注意到疾病演变发展过程中表现出来的重迭现象。《黄帝内经》说："重阴必阳，重阳必阴。"明代张景岳说："重者，重迭之义。"还曾有过"二阴一阳发病"、"合病"等概念。可见中医从整体观念出发研究某一组疾病的内在联系的方法，与现代医学称"重迭"的含义，既接近又相似。随着近代中西医结合研究的不断发展，临床上常将这组病称之为"复合痹病"、"混合痹病"或"复合风湿"等。

第二节　病因病理

一、西医病因病理

（一）病因

重迭综合征的病因尚不清楚。免疫紊乱为本病的主要发病原理，下列特征是其依据：①持续数年的超高效价的RNA抗体表明持续性抗原刺激或正常细胞调节机制缺陷。②显著的

高丙种球蛋白血症。③部分病例有轻中度低补体血症。④本病活动期血中有免疫复合体。⑤在真皮与真皮连接部位和沿肾小球基膜、血管壁肌肉纤维中有补体和 IgG、IgM 的特异性沉积。⑥皮肤内 IgG 局灶形成斑点状核内荧光。⑦RNP 的抗体通过 FC 受体渗入人活体单核细胞内。⑧各种组织包括肌肉、肺、唾液腺、肝、心等有淋巴细胞、浆细胞的慢性炎症性浸润。

由于本组疾病初起时许多病变的系统或部位并无临床症状或体征，提示本病是缓慢、逐渐形成的。并认为 RNP 抗体与病变有密切关系。如肿胀的手、异常的食道运动、肺弥散功能的损害和炎症性肌炎，表明抗体局灶于某些组织中起重要病变作用。

（二）病理

本病病理是增生性内膜或中层血管病变，引起大血管管腔的狭窄，包括主动脉、冠状动脉、肺和肾动脉。肺动脉病变引起肺动脉高压和肺功能异常。肾血管病变则引起肾功能衰竭伴或无高血压。近年研究认为一种血清因子即内皮细胞的细胞毒可能引起增生性血管病变。

本病的高 RNP 抗体表明在核 RNA 综合和/或代谢的某些方面可能刺激兴奋抗体产生。

二、中医病因病机

1. 脏腑虚损，阴阳气血失调

此为本组疾病（复合痹病）发病的内在根据。秦万章等观察Ⅰ型 OCD46 例，辨证分型的结果为阴阳两虚血瘀为多，亦可见到肝肾两虚或脾肾两虚型，少数为气阴两虚型[1]。对Ⅰ型 OCD 的代表 MCTD65 例经反复辨证，分成 3 型，即气血两虚型、阴阳两虚血瘀型、阳虚血瘀型[2]。Ⅱ型 OCD 中常见阴虚内热、阴虚火旺、气阴两虚、阴阳两虚证型。Ⅳ型 OCD 多按阴虚血亏、阴虚水泛、脾肾两虚、湿热交蒸等辨证分型[3]。上述医疗实践及其观察结果充分表明脏腑虚损、阴阳气血失调的确是复合痹病发病的内在根据。

2. 瘀邪为患，风寒湿热化毒

复合痹病为痹病之最复杂者，但其病机自有与一般痹病相同或相近的一面，此即《素问·痹论》所谓："风寒湿三气杂至，合而为痹也。"说明风、寒、湿邪闭阻气血，是痹病形成的重要病机。后世医家在临床实践中观察到感受热邪或郁久化热，可致关节红肿疼痛、发热等症，形成热痹。即如《金匮翼·热痹》所说："热闭者，闭热于内也……，脏腑经络，先有蓄热，而复遇风寒湿气客之，热为寒郁，气不得通，久之寒亦化热，则痛痹燔然而闷也。"但是复合痹病还有与普通痹病相比较为特殊的一面，即瘀邪为患的广泛性，与风寒湿热之邪蕴蓄体内、化为毒邪、损伤正气的特点。在中西医结合治疗各型 OCD（属中医复合痹病范畴）的药物中，常用的有雷公藤、红藤、鸡血藤、丹参、积雪草、丹皮、赤芍、川芎、益母草、桃仁、毛冬青等[4]。这些药物都有活血化瘀作用。此类药物应用后复合痹病的疗效和预后都明显好转，充分证明了瘀邪在复合痹病形成中的作用不可忽视。复合痹病的顽固性除了与脏腑虚损、阴阳气血失调的"正虚"因素有关外，风、寒、湿、热、瘀邪皆能化毒，损伤正气，也是不容忽视的因素。

第三节 诊 断

一、辨病·西医诊断

（一）症状与体征

患者以女性为主，占84%；年龄27～63岁，平均46岁；病程1～31年，平均9.5年。

临床症状不一，或为系统性红斑狼疮症状（如关节炎，皮疹，发热，白细胞减少）；或为硬皮病样症状（雷诺氏现象，手肿胀，食管蠕动性异常）；或以多发性肌炎为主（眼睑水肿，发疹，指关节红斑，肌无力和疼痛）。

1. 全身表现

包括发热，体重减轻，肌力低下，肌肉疼痛，淋巴结、肝、脾肿大，浆膜炎（胸膜、心包、腹膜），心肌炎（儿童多见），神经精神症状等。

2. 关节症状

最常见。发生率约为95%，表现为多发性关节疼痛或关节炎，偶有类风湿性关节炎。

3. 肾脏病变

发生率较低。有蛋白尿，肾脏活体组织检查可见弥漫性膜性增生性改变，细胞浸润，内膜增殖和血管闭塞等。

4. 肺脏病变

发生率较高。可发生劳力性呼吸困难，或肺动脉高压。若发现食管功能性异常，则提示与硬皮病重迭的可能性大。

5. 皮肤表现

多种多样。早期多发生雷诺氏现象。手肿胀的发生率约占66～88%，主要表现为弥漫性浮肿、紧张有肥厚等。约半数患者发生红斑狼疮的皮肤损害。此外，还可见到色素变化，脱发，皮肤硬化，甲周毛细血管扩张，光敏感，血管炎，肢端青紫，粘膜溃疡，颜面毛细血管扩张，肘、膝、踝关节暗红斑，网状青斑，荨麻疹，皮下结节，眼睑暗红斑，皮肤钙盐沉着，瘀斑等等。

（二）实验室检查

血沉增速；红细胞、白细胞减少；丙种球蛋白增加；抗ENA抗体阳性。此外，少数患者显示狼疮细胞和类风湿因子阳性。

（三）诊断要点

1. 诊断

Ⅰ型重迭综合征：6种传统胶原病中明确发病2种以上者。

Ⅱ型重迭综合征：几种胶原病表现互相融合而构成的新的疾病。

Ⅲ型重迭综合征：1种胶原病和胶原病的近缘病以及其他自身免疫性疾病的重迭。

Ⅳ型重迭综合征：胶原病的近缘病互相之间的重迭或者与其他自身免疫病的重迭表现。

诊断条件依赖于临床症状、免疫发现、病理（活检及解剖）3个方面。

2. 鉴别诊断

首先是重迭综合征与单纯的传统胶原病之间的鉴别。为此，必须掌握传统的6种胶原病的诊断标准。传统的6种胶原病是：系统性红斑狼疮（SLE）、进行性系统性硬化症（PSS）、结节性多动脉炎（PNA）、皮肌炎（DM）或多发性肌炎（PM）、类风湿性关节炎（RA）、风湿热（RF）。其有关的诊断标准详见各章节具体的介绍。兹附3种胶原病诊断的参考指征于表2—16—1，供临床探索时借鉴。

表2—16—1　3种胶原病诊断参考指征

红斑狼疮特征	硬皮病特征	皮肌炎特征
颜面红斑	雷诺氏现象	上眼睑血玉色水肿
盘状红斑狼疮	双手肿胀	关节伸侧红斑鳞屑性萎缩性丘疹
光敏感	硬皮病皮肤变化	(Gottron氏丘疹)
关节炎	色素异常	肌肉紧张
胸膜炎或心包炎	毛细血管扩张	近端肌无力
LE细胞阳性	指尖缺血萎缩	异常肌电图
弥漫性淋巴结病	呼吸困难	近端咽下困难
高丙球蛋白血症	肺功能和弥散力降低	肌肉活检显示肌炎
血清梅毒反应倒阳性	远端食管性咽下困难或食管运动功能紊乱	
重症蛋白尿和/或细胞管型，精神病或惊厥，溶血性贫血，白细胞减少(＜4000立方毫米)，血小板减少(＜100，000立方毫米)		

说明：具有3种疾病中2种疾病的特征者，可疑为重迭综合征；具有2种疾病的各2种特征，加之血清中存在RNA抗体者，可确诊为重迭综合征。

其次是各型重迭综合征之间的鉴别诊断。这就要求不仅要熟悉6种传统胶原病的诊断标准，而且还必须掌握胶原病的近缘病及其他自身免疫性疾病的诊断标准。所谓胶原病的近缘病，是指SJOGREN综合征（SJS）、白塞氏综合征、回归性发热性非化脓性脂膜炎等；而其他自身免疫性疾病则包括天疱疮、疱疹样皮炎、紫癜等等。

再次，则有必要对混合性结缔组织病（MCTD）的诊断作重点掌握。如前所述，MCTD属Ⅱ型重迭综合征范畴，且为Ⅱ型重迭综合征之典型代表，故将该病临床表现、诊断要点附于下，供临床参考。

附：混合性结缔组织病（MCTD）的临床表现与诊断要点：

混合性结缔组织病为重迭综合征的主要类型之一。其临床特点为硬皮病、系统性红斑狼疮及多发性肌炎等结缔组织病的混合表现。较少肾脏损害，血清中出现高滴度的抗核糖核蛋白抗体。约80%患者为女性，30～60岁发病率最高。多关节痛或关节炎是最常见的症状，手指及腕关节最易受累，一般不发生畸形，大多数患者均有雷诺氏征，加之手肿，指尖变细，手指呈梭形，皮肤变紧变厚，故似硬皮病。此为本病的特征性改变，称为“腊肠指”。部分患者出现皮损，如块状红斑或弥散性水肿，类似系统性红斑狼疮或皮肌炎。有些患者出现肌肉疼

痛。约10%患者有神经系统损害。全身症状可有发热、肝脾及淋巴结肿大。亦可合并干燥综合征或甲状腺炎。一般用较小剂量肾上腺皮质激素治疗有较明显效果。

（1）临床表现：发病年龄从5岁至80岁，平均37岁，80%病人为女性。本病具有遗传性。308例中临床表现是：雷诺氏现象81%、多发性关节痛90%，腊肠指73%，食道运动障碍58%，炎症性肌病50%，此外可见肺纤维化病变。其他免疫异常有ANA95%阳性，高丙种球蛋白血症，阳性类风湿凝集素。另外有硬化征指趾现象，淋巴腺病，皮疹，泛发硬皮病表现，发热，浆膜炎，肝脾肿大。神经系统异常及肾脏病少见。①早期症状：初始可表现为系统性红斑狼疮、硬皮病、肌炎的典型现象，3者可同时发生。早期症状轻微，如雷诺氏现象、肌肉痛、关节痛、疲劳，实验室检查高球蛋白血症，抗核抗体（ANA）可疑阳性，经数月或数年后进展为典型表现而确诊。雷诺氏现象可在其他表现出现前数月或数年显现，手及手指皮肤水肿增厚的硬皮病现象亦可为早期主诉。肌无力（有或无疼痛或触痛）可拟诊为肌炎。多关节炎为主要早期表现时可诊为类风湿性关节炎。胸膜炎、心包炎亦可为早期征象。如合并发热、关节痛、红斑性皮疹，可诊为系统性红斑狼疮。有的诊断为病毒性心包炎，直至其他MCTD现象出现始诊断为本病。小儿早期可诊断为幼年性类风湿性关节炎，肾脏、心脏受累及血小板减少症在本病早期较成人为多见。早期也可为呼吸困难的肺部表现，及淋巴腺病，拟诊为淋巴瘤者。②系统表现：皮肤：最常见的是手肿胀，特别是手指呈锥形头尖腊肠样，皮肤绷紧，增厚并伴显著水肿，这是皮肤胶原增加所致。可合并毛细血管扩张征。狼疮样皮疹包括急性两颊皮疹，弥漫性、非痂皮性、红斑性皮损；及/或慢性盘状皮肤病损。其他包括指节萎缩性红斑，与皮肌炎相似的眼睑周围紫红色皮疹，播散性非疤痕性脱发及色素异常，面和手脱屑性毛细血管扩张症和指甲周围的毛细血管扩张症。食道运动异常：本病患者80%有食道功能障碍。异常表现为上下食道括约肌压力减低和食道远端2/3蠕动度的减低，食道功能障碍的严重性往往与病情的持续时间成正比。肺部受累：常见。约2/3患者有肺弥散功能减退，1/2病人有限制性通气功能障碍。肺功能障碍不一定有临床表现，以致不易发现。无症状患者70%已有肺功能异常和/或X线检查异常。此外还有肺活量减低。胸片显示弥漫性间质性浸润，肺余气量丧失或胸膜疾病。少数有呼吸困难和/或肺动脉高压。肺活检为间质纤维化，间质单核细胞浸润，血管内膜增生及中层肥大，严重者血管闭塞，或形成慢性纤维性胸膜炎。心脏：小儿患者心脏受累较成人多见，包括心包炎、心肌炎、心力衰竭和主动脉瓣闭锁不全。病理检查心肌坏死，间质血管周围炎症性浸润，间质纤维化和小血管的内膜增厚和狭窄。心包炎可为本病主要表现，可误诊为病毒性心包炎。肾脏：肾脏损害较少见。可表现为蛋白尿、血尿，并可因进行性肾功能衰竭而死亡。有血尿、蛋白尿、管型尿患者肾活检为弥漫性膜型肾小球肾炎、局灶性肾小球肾炎和系膜增生。肾血管损害有肾小球的细胞增生及局灶性基膜增厚和小血管（动脉）显著内膜增生及闭塞。肾小球基膜有IgG、C_3、C_4呈颗粒状沉积。在深部系膜部位有电子致密沉积物。关节和肌肉：关节痛最常见。3/4病人有显著关节炎而诊断为类风湿性关节炎伴雷诺氏现象和肌病，关节一般无畸形，少数有关节糜烂侵蚀、畸型。但多限制在手、腕或足部，可伴有皮下结节。肌肉症状为近端肌肉疲劳无力、有或无触痛。肌酸磷酸激酶、醛缩酶、谷草转氨酶、乳酸脱氢酶上升，肌电图示炎症性肌病。活检为肌肉纤维化变性和间质变性，血管周围有淋巴和浆细胞浸润。活检为Ⅰ型纤维，筋膜周围萎缩。肌质膜或其周围、肌束膜的结缔组织内、肌纤维中、血管内均有IgG、IgM的沉积。神经系统：10%患者有严重的神经系统异常，常见的是三叉神经病变；其次为躯体性精神综合征，如妄想型

精神病、进行性木僵、定向识别力减退、血管性头痛、无菌性脑膜炎、癫痫大发作、多数性周围神经病变、脑出血或梗塞、小脑共济失调等。血液系统：有中等度贫血、白细胞减少，Coombe 阳性溶血性贫血和血小板减少症较少见。严重的血小板减少需脾切除，可因颅内出血死亡。其他多种表现：发热、淋巴腺病、肝脾肿大，但严重肝功能异常者罕见。肠道功能障碍致疼痛性痉挛、胀气，便秘和腹泻交替及吸收不良。也可有广泛胃肠道病变。此外，本病可合并干燥综合征、甲状腺炎和持续性声音嘶哑等。

（2）实验室检查：①一般检查：除上述血液学表现外可见 CPK（肌酸磷酸激酶）、醛缩酶、SGOT 升高，高球蛋白血症，抗核抗体滴度升高。高稀释可产生点状核型，低稀释产生斑状或圈状核型。类风湿凝集素可阳性，血补体轻度或中度减低。dsDNA 抗体、LE 细胞阳性者不多见。②血清学异常特征：本病血中含高滴度胸腺核抗原的抗体，可呈点状抗核抗体荧光反应。可提取核抗原的血细胞凝集作用：ENA（即可提取的核抗原）在 MCTD 病人均有高滴度 ENA 抗体。在半数 SLE 患者 ENA 抗体也可阳性，但多为低滴度，其他风湿病中其发生率非常低。ENA 有 2 种不同抗原，一种为核糖核蛋白（RNP），相当于 MO 抗原，另一种相当于 Sm 抗原。均可产生点状 ANA 型，并在本病活动及缓解期持续存在，少数病人急性期滴度低或消失。本病典型血清学特征是：a. 高滴度点型 FANA；b. 高滴度的 ENA 抗体反应；c. Sm 抗体的血凝反应阴性；d. 天然 DNA 抗体和 LE 细胞罕见；e. 补体正常或偏高。

（3）诊断要点：①诊断：掌握本病下列特征：a. 雷诺氏现象；b. 腊肠样手指，或手指有局灶性硬化现象；c. 肾脏病变轻；d. PNP 抗体强阳性。加上多发性关节痛、关节炎、面颊部红斑、胸膜炎、心肌炎、心内膜炎、浆膜炎和肌炎等，结合其他检查如 DNA 抗体阴性、LE 细胞罕见及补体正常等可诊断本病。然本病早期诊断难与其他类似疾病鉴别，并需随访。②鉴别诊断：混合性结缔组织病需与系统性红斑狼疮、系统性硬化症、多发性肌炎、类风湿性关节炎、干燥综合征、血管炎、病毒性心包炎、特发性血小板减少性紫癜、淋巴瘤、慢性活动性肝炎、血管供血不足综合征及不明原因发热等鉴别。本病与 SLE 鉴别要点：a. 高发病率的雷诺氏征象；b. 肿胀的手；c. 肌炎；d. 食道运动障碍；e. 肺部疼痛；f. 严重的肾和中枢神经系病少见；g. ds DNA 或 Sm 抗体、LE 细胞、低补体血症等发生率低，均为本病特点。本病与硬皮病鉴别：a. 高发病率的多关节炎、肌炎、淋巴腺病和白细胞减少，高球蛋白血症；b. 本病泛发性硬化症少见。本病与多发性肌炎鉴别：本病雷诺氏现象、关节炎、肿胀手、食道运动障碍、肺部疾患、淋巴腺病、白细胞减少显著高于多发性肌炎。RNP 抗体在本病中持续存在，极少见于多发性肌炎。PM—1（核酸蛋白抗体的一种）抗体见于半数多发性肌炎患者，而在本病中极少见。本病与其他类型重迭综合征鉴别：a. 重迭综合征具有各重迭风湿病各自的诊断标准的部分内容；b. 重迭综合征具有其他核酸蛋白抗原的抗体（除 RNP 以外）；c. 其他类型重迭综合征预后不佳，一般生存率低于 5 年。近年研究硬皮病肌炎重迭综合征无 RNP。

二、辨证·中医诊断

（一）辨证要点

与系统性红斑狼疮、进行性系统性硬化症、类风湿性关节炎等病的辨证原则雷同或有交叉，宜在有关章节中前后互参。

（二）辨证分型

1. **阴虚血痹证**（多见于SLE与有关胶原病及其近缘病重迭的各型病例，病情多有一定程度的活动）

[临床表现] 面部红斑，指端瘀斑，发热，关节疼痛，肌肉酸痛，周身倦怠，尿中蛋白，脉细数，舌质暗红或有瘀点瘀斑，苔少或剥。

[辨证分析] 病久化热，灼伤阴津，络脉不畅，以致气血凝滞，在肤表则面、指红斑；在体内则体倦乏力；尿中蛋白为精气外泄确证。舌红少苔、脉细数，为阴虚内热之象。舌上瘀点、瘀斑，为血瘀之征。

2. **阳虚血瘀证**（多见于与硬皮病重迭的各型病例）

[临床表现] 关节酸痛，活动不利，面色萎黄，畏寒肢冷，腰酸乏力，纳呆便溏，月经紊乱，遗精，阳萎，脉细缓或沉迟，舌质淡胖，苔薄润。

[辨证分析] 肾阳不足，则全身之阳随虚，卫阳虚不能抗邪于外，风寒之邪乘虚入侵，阻于皮肤、肌肉，以致营卫不和，气血凝滞，故见关节疼痛、肢冷畏寒；病久阳衰，累及肝脾，脾阳不振，故见纳呆、便溏；肝阳虚升发不及，可见月经紊乱及阳萎；阳气虚衰，失于温煦，则经脉痹阻，关节活动不利。

3. **毒邪攻心证**（多见于重迭综合征各型病情重笃，或有心肺损害，或有肾功能不全，或有中枢神经系统损害等）

[临床表现] 心慌、心悸、气短，活动后加剧，胸闷气憋，口唇青紫，自汗不眠，心神不安，或有神识昏蒙，面色苍白，四肢逆冷，脉细而弱或见结代，舌质淡红，苔薄白。

[辨证分析]《素问》云："心者，生之本，神之变也，其华在面，其充在血脉。"毒邪攻犯心神，则心悸不安，甚则心慌，动则尤甚；伤心气，则气短；心阳不通，心血瘀滞，则胸闷气憋、口唇青紫；心神失养，则见昏蒙；邪侵血脉则血流滞涩，故见四肢逆冷、脉结代。

4. **肝脾湿热证**（多见于与皮肌炎、白塞氏综合征、结节性脂膜炎或天疱疮等重迭的各型，SLE肾病综合征的重迭综合征及混合性结缔组织病亦可见此证型）

[临床表现] 低热，口舌生疮，外阴溃疡，目赤，全身肌肉疼痛，头胀痛，关节疼痛，神疲乏力，纳呆腹胀，小便色黄或刺痛，下肢常有结节，肌无力或有皮肤、粘膜水疱和糜烂，脉濡数，舌质淡红，苔薄黄或黄腻。

[辨证分析] 唐容川说："脾称湿土，土湿则滋生万物，脾润则长脏腑。"然而，在病理条件下，木旺生火太过，克犯脾土，湿热互结，循经上壅，则见口舌生疮、目赤；下趋则外阴溃疡；湿热流窜筋脉，故见肌肉、关节疼痛；湿热中阻，脾胃纳运失司，则见纳呆、腹胀；湿性重着，故患者感身重乏力；湿阻清阳上升之路，则感神疲。

5. **风湿热痹证**（多见于风湿热、类风湿性关节炎、SLE等重迭的各型）

[临床表现] 关节肿胀疼痛，或有发热、渗出及屈伸不利，甚至痛不可近，口渴，咽干，烦闷不安。多伴有低热，溲赤便结，脉细数，舌红，尖部起刺，苔黄略干。

[辨证分析] 风寒湿邪阻滞经脉及关节，日久蕴蓄而化热，故见关节发热、渗出、肿痛不可近。口渴、咽干、烦闷不安、低热不退、尿赤便结，俱为热象。舌红，尖部起刺，苔黄略干，脉数，俱为邪已化热之征。湿邪压抑脉道，故脉细。

6. **三阴俱亏证**（多见于重迭综合征Ⅰ及Ⅱ型的混合性结缔组织病，其他各型重迭综合征

亦可见及）

［临床表现］低热起伏，易感冒，腰膝酸软，神疲倦怠，面色萎黄或晦暗，头昏目糊，口苦咽干，女性多月经不调，男性常有阳萎滑泄，面目及下肢常有浮肿，甚或有胸水、腹水，脉虚弱或沉细，舌质淡胖或紫暗，苔白。

［辨证分析］所谓三阴，指足三阴：肝、脾、肾。由于复合痹病病情复杂，病机多变，故易出现肝、脾、肾俱亏的证候。肝肾同源，肾中阴精先亏，必致虚火偏亢，症见低热、腰膝酸软、头昏目糊等；脾虚则五脏之气不生，故见神疲倦怠、易感冒等；脾肾阳衰，不能温化水湿，故见浮肿或胸、腹水。

以上 6 种证型，仅为复合痹病常见证型，并未概括复合痹病的所有证型。鉴于与中医复合痹病十分吻合的重迭综合征中，以红斑狼疮为主的重迭综合征病情复杂多变，具有重要的代表性，故将与之有关的中医辨证分型附于后。

附：以红斑狼疮为主的重迭综合征的辨证分型

1. 红斑狼疮—硬皮病重迭综合征：

［诊断要点］本病为从系统性红斑狼疮转向硬皮病的现象，临床较多见，属 I 型重迭综合征。发病初期可见系统性红斑狼疮的典型表现，但面颊蝶形红斑、尿中蛋白、管型均较少见。在病变后期，相继出现皮肤硬化，吞咽困难，口张不大，肢端青紫或者冰冷，顽固性皮肤溃疡也很多见。实验室检查较多发现免疫学异常。如血清总蛋白、免疫球蛋白、γ-球蛋白等增高，抗核抗体滴度高值，其主要成分为抗 ENA 抗体，荧光抗体的类型为斑点型，LE 细胞检出率低，仅 5%呈阳性。

［辨证分型］

本重迭综合征以脾肾精气亏虚为主证。

［临床表现］时有低热，身体乏力，难任劳作，肢端冰冷，皮肤发硬，冬天尤重，偶有冻疮或者溃烂，食少乏味，便稀溏，头晕目眩，夜寐欠安，脉弱，舌质淡红，苔薄白或少苔。

［辨证分析］脾气不足，运化减弱，谷食难消，故食少乏味；食少则生化少源，不能尽其中土灌溉之职，故现低热、体倦、不任劳作等全身机能衰退的征兆，这是因为气生于精。精生于谷之故。肾精虚衰，多致整个机体的不足，如肝血不足，则头晕目眩；心血不足，则心神不宁，夜寐欠安；肾阳不足、则大便溏泄；脾阳不足，阳气不能温煦肢末，故有肢端青紫、冰冷；剧则出现溃烂。

2. 红斑狼疮－皮肌炎重迭综合征

［诊断要点］多见于女性，除能见到发热、关节痛、典型蝶形红斑、白细胞减少等红斑狼疮临床表现外，通常还会相继出现皮肌炎的主要表现，如颜面，尤其上眼睑和眼眶周围，呈现暗紫红色红斑和肿胀，色调宛如紫丁香色或葡萄酒色，这种特异性皮疹，医学上称之为“紫红眼睑”，往往是诊断皮肌炎的重要依据。与此同时，还能发现指关节红斑、腰、四肢近端及肩、颈区域的肌肉紧张、压痛，活动或者上楼时，这种疼痛更趋加剧。实验室检查能发现血清酶活性增强，如血清转氨酶（GOT、GPT）、肌酸磷酸激酶（CPK）、醛缩酶等均显示高值象。

［辨证分型］

临床上分实热邪胜和虚寒正衰两证辨治。

（1）实热邪胜证

[临床表现] 起病较急，偶有壮热不退，肌肉关节疼痛，眼睑四周呈玉色水肿，食少，周身疲倦，口干喜饮，脉细数，舌质红，苔黄微腻。

[辨证分析] 火为热之甚，既可直接感受火热外邪，又可由他邪演化而生。凡起病急，壮热不退，多与外来六淫的火邪有关。火热之邪瘀阻经脉，气血不能流通，则见关节肌肉疼痛，眼睑水肿不消。热伤元气，气伤则体倦乏力，口干喜饮，脉细数无力。

(2) 虚寒正衰证

[临床表现] 病程迁延日久不愈，眼周皮疹暗红或淡红，倦怠头晕，食少纳差，偶有腹胀便溏，形体消瘦无力，夜寐欠安，周身肌肉酸重或痛，脉沉弱，舌淡体胖有齿痕。

[辨证分析]《素问·通评虚实论》说："精气夺则虚。"久病必致阴阳俱损，阳虚火衰，火不生土，故食少纳差，腹胀便溏；阳虚还包括气虚，阳气虚不能温煦肢体经脉，故形体瘦削无力，肌肉酸重于痛。

3. 红斑狼疮—大动脉炎重迭综合征

[诊断要点] 系统性红斑狼疮与大动脉炎的重迭，是一种严重而少见的疾病。其特征是以末梢或中枢神经系统症状、肺部症状及腹痛等多见。当出现中枢神经系统的损伤时，预后甚差。本重迭综合征男性患者多于女性。初起时发热、关节肌肉疼痛、体重减轻、皮肤上可见到多种多样的损害，如紫癜、青斑、结节、多形红斑、网状青斑、溃疡、坏死等。在疾病演变的过程中，内脏也可出现繁多的损伤，如呼吸系统有咳嗽、气喘、胸痛、咯血；末梢及中枢神经系统有惊厥、抽搐、昏迷、肢体瘫痪、性格改变、失语、视力障碍以及感觉和运动异常；消化系统有呕血、便血、腹泻以及胰、肝和胆囊所发生的广泛性梗塞或出血，在临床上呈急腹症的表现。实验室检查可以发现周围血白细胞减少虽不明显，但伴有嗜酸性白细胞增加。

[辨证分型]

本病以脉络痹阻为主症，随脉络痹阻的脏腑或部位不同而证候有异，在这里只考虑其一般常见证候，即脉络痹阻证，详细的分型及论治可参阅"多发性大动脉炎"一章。

[临床表现] 皮下结节，紫斑，严重时还会发生溃疡，低热，午后加重，头痛时轻时重，食少，干呕，重者即使饮水也会呛出，心慌，急躁，夜不能眠，部分病例的后期出现昏迷、肢体瘫痪或故作恶态等，脉沉涩，舌质紫暗。

[辨证分析] 脉为人体脏腑、四肢、皮肤、骨肉等全身气血通行的道路。一旦血脉瘀滞，在体表，则可见皮下结节、紫斑、红斑、溃疡和疼痛诸证。在体内脏腑，因瘀滞部位不同则症状各异，如瘀在胃则食不下，饮水即呛；瘀在心则心慌，夜难入眠；瘀在肝则性急易怒；气血凝滞脑气，与脏腑不相接续，故作众多恶态。

4. 红斑狼疮—干燥综合征重迭综合征

[诊断要点] 患者女性居多，约占88%，男女之比为1∶9；发病年龄以40～60岁为主，小儿少见。临床表现以眼、口干燥为主，还可见到全身多脏器、多组织损伤的症状，突出的症状有关节疼痛，皮肤干燥，蝶形红斑、多形红斑、不规则瘀斑等皮疹，雷诺氏征，脱发，心包炎或心肌炎，胸膜炎，肺炎，食道炎，胃酸缺乏，慢性间质性肾炎等。实验室检查可能发现多项异常，如轻度贫血，白细胞减少，嗜酸性细胞增高，血沉增快，狼疮细胞阳性，抗核抗体阳性，T细胞减少和B细胞增多，血清总补体和C_3低于正常。

[辨证分型]

（1）湿热阻滞证

[临床表现] 身热不扬，胸闷纳减，口臭口干，眼干，渴不多饮，口苦，小便短黄灼热，脉滑数，舌质红，苔黄腻。

[辨证分析] 湿热内蕴，困阻脾胃，障碍津液的生成与敷布。湿热阻滞中焦，证见胸闷纳减，渴不多饮；湿热阻滞于肤表，则身热不扬；湿热阻滞膀胱，气化不利，故小便短黄灼热；热甚于湿而伤津，故见口干、眼干；湿热蕴阻脾胃，则口臭；湿热熏蒸肝胆，胆火随之上溢，故作口苦。

（2）阴液亏虚证

[临床表现] 低热，易受外感六淫侵袭，口舌干燥，食不知味，咽干，吞下困难，形体日渐瘦削，皮肤干燥，毛发焦枯，鼻干不知香臭，偶有痰中带血、双目干涩，视物不清，关节肌肉疼痛、脉细数、舌质红或有龟裂，苔少或无苔。

[辨证分析] “燥甚则干”，素体虚弱，加之烦劳、忧郁，精血内耗，胃阴不足，津液不能上承，轻者口干舌燥，重者肌肉筋脉失养，则吞下困难，形体消瘦；肺阴不足，不能敷布，则见皮肤干燥，毛发焦枯；燥伤肺络，故有痰中带血；肝血不足，不能充养筋骨，均可导致关节肌肉疼痛；肾阴不足，必致阴虚内热，故有低热，体疲乏力。

第四节　治　疗

一、西医西药治疗

1. **常规治疗**

根据重迭综合征的不同类型，确立各自不同的治疗原则，此点至关重要。

糖皮质激素治疗。小剂量激素治疗：强的松 5mg，3 次/日，口服。对以硬皮病为主的重迭综合征，有改善症状的作用，但不能控制病情发展。大剂量激素治疗：用于系统性红斑狼疮与硬皮病重迭，或系统性红斑狼疮与多发性大动脉炎重迭的重迭综合征。因这类重迭综合征常症状明显，有显著的免疫异常。剂量为：强的松 60～80mg/日，口服，适用于重迭综合征已有内脏损害的病例。超大剂量激素治疗：每日甲基强的松龙 1.0g 溶于生理盐水 200ml 静脉滴注，连续 3 日后，继续口服强的松 60～100mg/日。超大剂量激素疗法仅适用于危急状态、肾功能急剧恶化或严重中枢神经病变需强力免疫抑制疗法者。

免疫抑制剂治疗。可根据以下情况考虑使用：①中等以至大剂量肾上腺皮质激素经 3～6 个月治疗，血清学检查无改善者；②有肾脏严重损害者；③皮质激素发生严重副作用或撤离困难者。采用此项疗法时应特别注意毒性副作用，特别是肝、肾、造血系统的损害以及免疫抑制状态下的条件病原体的感染。免疫抑制剂药物剂量、疗程和给药途径如下：硫唑嘌呤 50～100mg/日，口服，一般疗程 2～6 个月。环磷酰胺 50～100mg/日，口服，疗程 2～6 个月。氨甲蝶呤 2.5～5.0mg/日，口服，疗程 2～6 个月。上述免疫抑制剂，用时一般选用单一药物。如两种联合应用时各自药物的剂量应减小。上述剂量为口服量，如较大剂量静脉注射时可每周 1 次。在具体病例身上的疗程尚须视临床反应及毒性而定。

2. **对症治疗**

①低热：宜选用非甾体类抗炎药物。代表性的药物为消炎痛，剂量为25mg/次，1日2～3次，渐增至0.1～0.15g/日。副作用及毒性有恶心、呕吐、腹痛、腹泻、头痛、头晕、消化道出血、转氨酶升高、粒细胞减少及精神症状等。②肌痛：氯化喹啉0.25g/次，1日2次，1疗程10～14日。③肌炎：强的松40～100mg/日。④轻症心肌炎：强的松40～60mg/日。⑤中枢神经损害：强的松＞80mg/日。⑥溶血性贫血：强的松60～100mg/日。⑦肾功能急剧恶化：强的松＞80mg/日，或甲基强的松龙1.0g/日静滴，连续3日。激素减量困难或撤离不能，加用免疫抑制剂。

二、中医中药治疗

（一）辨证论治

1. 阴虚血瘀证

[治法] 养阴清热，益气活血。

[方药] 麦味地黄丸加减。

麦冬12克，干地黄、山茱萸、玄参各12克，山药、黄芪、丹参、鸡血藤各30克，炙地龙、乌梢蛇、甲珠各6克，地骨皮、白花蛇舌草各15克。

[分析] 方用麦冬、地黄、玄参、山药等养阴清热，阴充热清则气血和畅；辅黄芪、丹参、鸡血藤等益气通络。

2. 阳虚血瘀证

[治法] 补肾壮阳，温经活血。

[方药] 右归饮加减。

桂枝、制附子各10克，鹿角片、山茱萸、熟地黄、肉苁蓉各12克，威灵仙、秦艽各6克，仙灵脾、路路通各15克，当归、姜黄、仙茅各15克，黄芪30克。

[分析] 方中桂枝、附子、鹿角、仙灵脾、仙茅温补肾阳，通阳化气；再加黄芪峻补其气，张景岳曾说："气不足，便是寒。"补气更有益于助阳；复以熟地黄、山茱萸、肉苁蓉补益肾中精气，即"善补阳者，必于阴中求阳"之意；当归、姜黄、威灵仙、秦艽、路路通活血通络蠲痹以疗关节酸痛。

3. 毒邪攻心证

[治法] 养心安神，活血败毒。

[方药] 天王补心丹合身痛逐瘀汤化裁。

紫石英、北沙参、生黄芪、丹参各30克，石莲子、远志、黄藤、乌梢蛇、合欢花各9克，附片、黄连各6克，秦艽15克，安宫牛黄丸1粒（研细吞服）。

[分析] 方用补心丹强心固本以安心神；逐瘀汤活血通脉以改善肢末血循环；辅以附片壮阳通痹以助补心强心之力；乌梢蛇等祛风蠲痹以治其标。标本兼顾，邪祛则大主安矣。

4. 肝脾湿热证

[治法] 疏肝和脾，清热利湿。

[方药] 龙胆泻肝汤合除湿胃苓汤化裁。

黄连、甘草各6克，龙胆草、苍术、竹叶、赤苓、泽泻、生山栀、木通、银花、紫草各

9 克，蒲公英、生石膏各 15 克。

[分析] 湿热熏蒸，当予清利。龙胆泻肝汤类清肝胆之实热；辅以胃苓汤类崇土利湿，使之热清湿除，诸恙自平。

5. **风湿热痹证**

[治法] 清热活血，祛风胜湿。

[方药] 通络宣痹汤（经验方）。

桂枝 3 克，生地 30 克，苍术 30 克，白术 30 克，赤芍 15 克，白芍 15 克，秦艽 30 克，橘络 12 克，鸡血藤 30 克，杜仲 12 克。

[加减] 上肢痛甚，加桑枝 30 克；下肢痛甚加牛膝 30 克，苡仁 30 克；关节红肿，加黄柏 12 克；服药后大便溏，生地减为 15 克，加入车前子 30 克。

[分析] 痹乃“闭而不通”之义，故以桂枝温通血脉，配生地、赤芍凉血散血，令通而不温，凉而不凝；二术健脾燥湿，湿去则肌肉之痛可止；白芍、秦艽、橘络、杜仲通络舒筋；鸡血藤活血清热，通络止痛。

6. **三阴俱亏证**

[治法] 养肝，健脾，益肾，佐以活血化瘀。

[方药] 十全大补汤合二仙汤化裁。

生黄芪 60 克，党参、丹参、当归各 30 克，白术、仙茅、仙灵脾、茯苓、枸杞子、黄柏各 9 克，炙甘草 6 克。

[加减] 发热加生石膏、羚羊角；胸闷加苏梗、瓜蒌；月经不调加茺蔚子、益母草；关节酸痛加鬼箭羽、老鹳草；肌肉酸痛加徐长卿、地骨皮、白薇；皮肤硬化加苏木、煅自然铜；颜面红斑加红花、凌霄花；光敏感加青蒿；粘膜溃疡加金莲花；尿蛋白加大蓟根、莲须；肝功能不正常加半枝莲、板蓝根等。

[分析] 虚者补之，然而，在补剂之中又有阴、阳、气、血之别。十全大补汤和二仙汤偏于补益阳气，这是因阳气为生命的原动力之故。但在方中用黄柏之凉、枸杞之润，既有阴生阳长之义，又有壮水益火之妙。

附：以红斑狼疮为主的重迭综合征的辨证论治：

1. **红斑狼疮—硬皮病重迭综合征**

脾肾精气亏虚证

[治法] 健脾益肾，填精补气。

[方药] 斑龙丸加减。

鹿角胶 10 克（烊化），鹿角片 12 克，菟丝子 15 克，熟地 12 克，龟板 10～15 克（先煎），枸杞 12 克，黄芪 12 克，当归 15 克，枣仁 10 克，党参 15 克，肉苁蓉 15 克，制附片 10 克，鸡内金 10 克。

[分析] 方中鹿角胶、菟丝子、熟地、枸杞子、龟板，大补肾中精髓；枣仁入心而养心气，心气旺则神自安；党参、当归、黄芪甘温益气以助脾气，气足则精固，精髓充足，故而筋骨壮健；佐以附片、苁蓉温阳，意在阳生阴长。合之成为精气血交补之剂。

2. **红斑狼疮 -皮肌炎重迭综合征**

(1) 实热邪盛证

[治法] 清热解毒，凉血护阴。

[方药] 解毒清营汤加减。

生玳瑁10克，银花30克，生地15克，炒丹皮6克，白茅根30克，红花6克，凌霄花10克，玄胡索10克，赤芍10克，连翘15克，炒山栀6克，野菊花15克。

[分析] 方用玳瑁、银花、连翘、野菊花清营解毒；生地、赤芍、玄胡、丹皮活血通络止痛；红花、凌霄花清热凉血以退斑；更有山栀直清肝胆湿热，引药上达眼睑，消肿更快；白茅根清心经之火，导热从小便而解。

(2) 虚寒正衰证

[治法] 温补脾肾，调和营卫。

[方药] 右归丸合桂枝龙骨牡蛎汤化裁。

鹿角胶12克（烊化），熟地15克，山药15克，山茱萸10克，当归10克，菟丝子15克，上肉桂3～6克，制附片10～15克，生白芍15克，甘草6～10克，龙骨15克，牡蛎15克，黄芪10～15克。

[分析] 方用鹿胶、肉桂、附片等温补脾肾之阳；熟地、山药、白芍滋养肝肾之阴；辅以黄芪、当归甘温以助阳气；山茱萸养血柔肝；龙骨、牡蛎固秘精气。合奏阴阳相济、气血并补之功。正如张景岳所说："善补阳者，必于阴中求阳，则阳得阴助而生化无穷；善补阴者，必于阳中求阴，则阴得阳升而泉源不竭。"

3. 红斑狼疮—大动脉炎重迭综合征

血瘀脉痹证

[治法] 理气通脉，活血祛瘀。

[方药] 血府逐瘀汤加减。

当归10克，生地10克，桃仁12克，红花10克，枳壳6克，赤芍6克，柴胡3克，甘草6克，桔梗4.5克，川芎4.5克，牛膝10克。

[加减] 瘀在心加麦冬、五味子、丹参、石菖蒲、三七；瘀在脘腹加乳香、没药、香附、九香虫、乌药、玄胡索；瘀在下肢加泽兰、黄芪、桑寄生、地龙、虎骨；瘀在脑海加地龙、白芍、菊花、夏枯草、山茱萸、枣仁；瘀在肢体加片姜黄、金头蜈蚣、金铃子、全蝎；正气不足或阳虚加党参（人参）、黄芪、肉桂、附片；阴虚而血分有热重用生地、炒丹皮、焦山栀；瘀血日久，酌加蜈蚣、细辛、全蝎等以加强通络之力。

[分析] 方用桃仁、红花、川芎、赤芍活血去瘀；辅以当归、生地活血养血，使之瘀血去而不伤血；柴胡、枳壳疏肝理气，气行则血行；牛膝破瘀通经，引瘀血下行；桔梗入肺经，载药上行，促使药力发挥于血府；甘草缓急，通百脉以调和诸药。如此则瘀去血生，气血冲和，诸病自除。

4. 红斑狼疮—干燥综合征重迭综合征

(1) 湿热阻滞证

[治法] 除湿清热，健脾和胃。

[方药] 平胃散合二妙丸化裁。

苍术6克，陈皮10克，茯苓10克，谷麦芽各10～15克，生苡仁10～15克，砂仁6克（后下），玫瑰花6克，佛手片6克。

[分析] 方用平胃散苦辛燥湿，治在中焦；二妙丸辛苦同用，治在下焦；藿香、砂仁、玫瑰花、佛手、谷麦芽等芳香化浊，气香醒脾，湿祛则热势自孤，湿热一化，津液自生。

(2) 阴液亏虚证

[治法] 滋阴养液，甘凉濡润。

[方药] 滋燥汤加减。

天冬 10～12 克，麦冬 10 克，生地 10～15 克，生白芍 10～12 克，花粉 10 克、秦艽 10 克，沙参 15 克，山茱萸 12 克，何首乌 12 克，枸杞子 12 克，炒知母 6 克，阿胶 10 克（烊化）。

[加减] 大便难、病位在大肠，加火麻仁、郁李仁；干咳或痰中带血、病位在肺，加川贝母、百合、梨皮、藕节；目赤、关节肌肉酸痛、病位在肝，加沙苑子、羊肝、鸡血藤、桑寄生、怀牛膝等。

[分析] 方用二冬、沙参、生地等甘凉滋润之品，重在生津增液；山茱萸、阿胶、何首乌、枸杞等滋补肾阴，填补阴血；生白芍柔肝；花粉生津；秦艽祛风。合奏养阴、通痹、滋润之功。

(二) 验方治疗

1. 活血壮阳通络方[5]

[组成] 益母草 30 克，丹皮 9 克，桂枝 9 克，灵磁石 30 克，黄柏 9 克，丹参 15 克，川芎 9 克，肉苁蓉 9 克，犀角粉 3 克，玄参 13 克，生甘草 3 克。

[用法] 水煎服，日 1 剂。根据病情需要可酌加复方丹参片或雷公藤片内服，每次 3～5 片，每日 3 次。

[功用] 活血壮阳通络。主治Ⅱ型重迭综合征中的混合性结缔组织病。

[疗效观察] 治疗 16 例，总有效率达 93.7%，其中 8 例显效，7 例有效，1 例无效。见效和显效时间 2 周～2 月不等。治疗后 10 例恢复全日工作，2 例恢复半日工作。

2. 三藤方[6]

[组成] 雷公藤、红藤、鸡血藤各等分。

[用法] 制成糖浆，每毫升含生药各 1 克，每日服 3 次，每次 10～15 毫升。

[功用] 清热凉血，活血化瘀，养血调血。主治各型重迭综合征。

[疗效观察] 经过 2 个月以上时间的治疗，Ⅰ型重迭综合征 16 例中，4 例显效，6 例有效，总有效率达 62.5%；Ⅲ型重迭综合征 21 例中，10 例显效，8 例有效，总有效率达 85.7%。

3. 徐氏胶原方[7]

[组成] 熟地 12 克，山药 15 克，枸杞 9 克，巴戟天 12 克，肉苁蓉 9 克，楮实子 12 克、

[加减] 第一阶段：低热、关节痛、浮肿、尿蛋白强阳性，加山茱萸 12 克、茯苓 15 克、金樱子 15 克、泽泻 15 克、制附片 9 克、五味子 9 克；第二阶段：皮肤僵硬，口张不大，肢厥肤冷，加山茱萸 12 克、制附片 15 克、黄芪 15 克、续断 15 克、小茴香 6 克、茯苓 9 克、党参 9 克、怀牛膝 9 克；第三阶段：双目干清，鼻腔干燥，口干食难咽下，加龟板 12 克、天冬 12 克、麦冬 12 克、玄参 9 克、炒杜仲 6 克、远志 6 克、五味子 6 克。

[用法] 水煎服，日 1 剂。

[功用] 益肾养血，平补阴阳，散寒通络。主治重迭综合征。

[疗效观察] 用于 1 例中年女性为系统性红斑狼疮、硬皮病和干燥综合征重迭发病，按上述 3 个阶段分别用药治疗共 113 天，诸症好转。经 5 年随访观察，未见异常改变，并已参加轻工作。

4. **凉血通络方**[8]

[组成] 丹参 30 克，大黄 9 克，桂枝 9 克，赤芍 9 克，红花 9 克，益母草 30 克，丹皮 9 克，丝瓜络 9 克，川芎 9 克，生甘草 3 克，桃仁 6 克。

[用法] 水煎服，每日 1 剂。

[功用] 凉血通络。主治重迭综合征活动期辨证属血热、血瘀及脉络痹阻者。

[疗效观察] 共治疗 I 型重迭综合征 16 例、混合性结缔组织病 16 例、Ⅱ例重迭综合征 21 例，分别取得 62.5%、93.7%及 85.7%的疗效。临床治疗后血热、血瘀及脉络受阻症状改善，如肢端紫绀、网状青斑、紫癜、毛细血管扩张、肢端坏死及血管炎症状减轻或消失，同时微循环、血流动力学及血液流变学指标均有相应改善。

（三）单味药治疗

1. **雷公藤**

[药理] 雷公藤属卫矛科雷公藤属植物，药用范围较广的有两个品种，即雷公藤和昆明山海棠。雷公藤在我国药用已久，作用主要有：①活血化瘀；②清热解毒；③消肿散结；④杀虫止血等。它的根、茎、皮、叶均有毒性，药用部分为去皮的根木质部。雷公藤已分得 12 个二萜成分，其中有些成分已证明对由 ConA 引起的淋巴细胞增生有显著抑制作用。雷公藤的三萜成分具有一定的抗炎作用。在治疗系统性红斑狼疮方面，雷公藤的效果可能是通过调节免疫紊乱环节，进一步改善血液循环及血液物化特性而取得的[9]。用雷公藤及雷公藤复方治疗 50 例皮肌炎，除见到相关症状体征改善外，肌浆酶、尿肌酸、肌电图及免疫指标亦有明显的改善。其中小儿皮肌炎疗效更为明显[10]。雷公藤对各种躯体神经疼痛有止痛效果，而对内脏平滑肌痉挛及血管舒缩所致的疼痛则无止痛效果[11]。实验证明雷公藤多甙有抗非特异性炎症和免疫抑制作用，其抗炎镇痛与氢化考的松相等。并且有致胸腺萎缩作用。雷公藤治疗白塞氏综合征有奏效快、作用强、疗效确切，能随时停药，停药后无反跳及戒断症状，再用仍然有效等特点[12]。雷公藤治疗水肿性反应性红斑性皮肤病，疗效迅速而可靠，有时激素也无法比拟[13]。

[用法] 制成雷公藤片剂，或采用雷公藤复方合剂（雷公藤、红藤、鸡血藤各等分，制成糖浆，每毫升含生药各 1 克），每天总剂量相当于雷公藤生药 30～45 克。应用时从小剂量开始（9～15 克/天），最大剂量不超过 60 克/天为宜。

[疗效] 秦万章采用雷公藤为主的中西医结合法治疗混合性结缔组织病（属 I 型重迭综合征的代表性疾病，其特点是系统性红斑狼疮、硬皮病、皮肌炎或多发性肌炎症状的混合）16 例，其中 15 例取得不同程度的疗效，同时部分合并应用活血壮阳通络方（益母草、丹皮、桂枝、肉苁蓉、川芎、丹参、玄参、灵磁石、黄柏、犀角粉、生甘草）及丹参片观察 3 月～3 年，乏力、关节疼痛、雷诺氏现象、手面硬肿等表现改善，肝、心、肾等内脏功能好转，免疫指标（如类风湿因子、抗核抗体、免疫球蛋白等）改善，激素获得递减或停用。血瘀见症和活血化瘀指标方面（如微循环、血液物化特性等）亦有不同程度的改善。劳动力亦有不同程度的恢复。秦氏后来采用雷公藤复方合剂治疗混合性结缔组织病 31 例，其疗效及副作用观察均较单味雷公藤为优。其中见症明显改善，抗核糖核蛋白抗体变化不大，如加用免疫核糖核酸治疗，可以提高疗效。

2. **丹参**

[药理] 上海医科大学在研究丹参在体外对系统性红斑狼疮红细胞变形能力的作用时，选择了16例红斑狼疮患者的血样做了用药和不用药两组实验，结果用药后患者红细胞滤过指数均比用药前下降，总下降率为42.3%，说明丹参在体外对红斑狼疮红细胞变形能力具有一定的修复作用[14]。

[用法] 用丹参的提取物丹参素制成的针剂静脉、肌肉注射治疗重迭综合征，与丹参有同样效果。用法为：丹参（丹参素）注射液（每支2ml，含生药4克）4～8支，加入低分子右旋糖酐或5～10%葡萄糖溶液500ml内静脉滴注，每日1次；丹参注射液1～2支，肌肉注射，每日1～2次。临床上如与雷公藤等药物配合应用，可提高疗效。

[疗效] 丹参用于与硬皮病有关的各型OCD，其中以CTD的重迭型更为满意。其疗效表现在有关症状，如肢端紫绀、各种“肌肤甲错”、皮肤色素沉着、皮下结节、毛细血管扩张、脱发、血循环障碍有不同程度好转[15]。

3. **红藤**

[药理] 从红藤水溶部分分离到两个结晶[16,17]，实验证明有一定抗炎作用。红藤对改善蛋白尿、抗核抗体转阴或滴度下降也有一定作用。新近研究阐明红藤有许多化学成分，包括香荚兰酸、原儿茶酸、大黄酚及毛柳甙等，动物实验证明这些物质具有抗疲劳、抗炎、提高cAMP的水平及抑制抗体形成功能。

[用法] ①静脉注射：4支红藤注射液（每支2ml，含生药4克）加于5～10%葡萄糖溶液500ml中静滴，每日1次。②肌肉注射：红藤注射液1～2支，肌肉注射，每日1～2次。③红藤糖浆口服，每日3次，每次10～20ml（每ml含生药1克）。

[疗效] 红藤作为单味药最早用于SLE[18]，取得一定疗效。继后它作为辅助药及小复方制剂用于各型OCD亦有较好疗效，其中特别是CTD的OCD。

4. **黄芪**

[药理] 上海医科大学在研究黄芪在体外对SLE红细胞变形能力的作用时，选择了6例红斑狼疮患者的血样做了用药和不用药两组实验，结果用药后患者红细胞滤过指数均比用前下降，总下降率为42.3%。说明黄芪在体外对红斑狼疮患者红细胞变形能力有一定的修复作用[19]。关于黄芪的强壮作用早有报道，每日给小鼠黄芪煎剂，共给3周，能明显延长游泳时间。实验还证明黄芪中黄芪多糖A、B、C、D，均具有免疫促进作用[20,21]。

[疗效] 应用大剂量黄芪（30克或60克）配合其他中药煎服或制成芪丹糖浆（黄芪、丹参），每日3次，每次10ml口服。治疗各型OCD，疗程2～6个月，均有不同程度的疗效。表现在全身症状及皮肤损害改善，内脏功能好转，免疫实验包括体液及细胞免疫指标改善，无副 作用。揭示黄芪对OCD的疗效主要与其增强细胞免疫功能的效应有关[22]。

5. **毛冬青**

[药理] 毛冬青含黄酮甙，有扩张血管的作用。

[用法] ①毛冬青注射液肌肉注射，每次2ml，每日或隔日1次。②毛冬青糖浆或毛冬青片口服（每日量相当于生药30～60克）。

[疗效] 治疗22例以硬皮病为主的Ⅰ型及Ⅱ型OCD和16例MCTD，均取得一定疗效[23]。

三、中西医结合治疗

目前多采用激素等西药合中医辨证分型的方法治疗。

（1）激素：重迭综合征的严重病例目前仍为首选药。但剂量、用药方法、用药时间均有讲究，需视病情而定。如危及生命的肾脏、中枢神经系统、心血管等损害可采用大剂量；一般的胸膜炎、关节炎、皮肤损害等可给中、小剂量。用药时间可分为两个阶段，即促使病情缓解阶段和维持阶段。在前阶段要迅速应用大剂量控制急性病情，待急性病情好转即逐步减量；在维持阶段激素剂量宜小，可采取一次晨服或隔日疗法。从类型上说，Ⅰ型重迭综合征早期多主张用大剂量；Ⅱ型重迭综合征如混合性结缔组织病常用中、小剂量；Ⅲ型及Ⅳ型重迭综合征则视重迭病种的性质而定。

（2）中医辨证分型治疗：如为以 SLE 为主的重迭综合征，则采用活血化瘀、滋补肾阴法为主，常用方药为：生地 15 克，玄参 15 克，甘草 30 克，板蓝根 30 克，金银花 15 克，石斛 30 克，北沙参 30 克，紫草 30 克，莲子心 9 克，当归 15 克，丹参 30 克，桃仁 15 克，山萸肉 15 克，穿山甲 9 克，全蝎 9 克，蜈蚣 2 条，大白花蛇 6 克，秦艽 15 克。若以硬皮病为主，则采用活血化瘀、强壮肾阳法为主，常用方药为：仙灵脾 15 克，仙茅 15 克，巴戟天 15 克，当归 15 克，丹参 15 克，桂枝 10 克，赤芍 10 克，红花 6 克，鹿角胶 30 克（蒸，冲），威灵仙 15 克，白僵蚕 15 克，熟地 20 克，白芥子 15 克，黄芪 30 克。若以皮肌炎为主，则以活血化瘀、健脾益气法为主，常用方药为：党参 20 克，黄芪 30 克，红藤 30 克，紫草 15 克，鸡血藤 20 克，当归 15 克，川芎 10 克，桔梗 12 克，红花 10 克。

第五节 预 防

重迭综合征的未病先防及既病防变，有如下要点：重视生活指导，注意保温，防止受凉，诸如洗脸、洗衣物时不用冷水；寒冷季节（尤其在季节交换时）宜戴手套；保持室内温度和湿度，勿过劳累；夏季避免强烈日光照射。在上述一般性原则指导下，根据不同的重迭综合征，还须采用有个性的预防手段。

1. 红斑狼疮—硬皮病重迭综合征的预防

（1）保温防冻：阳虚是本病的重要病机。阳虚常常表现为机能的衰退，症见疲乏、肢冷、畏寒等；因此，护阳、扶阳、补阳，至关重要。在日常生活中，即使是炎热的夏天也要少进冰冻饮料；冬天更要重视保温防冻，洗脸、洗衣服也要尽量不用或少用冷水；外出时要穿戴好衣帽、手套等。

（2）劳逸适度：久病体衰、懒散、嗜睡者居多。然久卧伤气，气伤则卫外之力更弱，反复外感，精气难复。所以，在力所能及的范围内，患者应从事轻微的家务劳动，让机体保持在劳要有节、逸要适度的良好状态。

2. 红斑狼疮—皮肌炎重迭综合征的预防

（1）休息要得当：初发病时，病情处在实热邪胜阶段，应嘱患者卧床休息，环境要安静，病情缓解后，应避免曝晒或受冻，并要根据病情的变化，适当调整活动量的大小，若在活动后感到疲劳应酌情休息。

（2）高蛋白饮食：饮食应给予营养丰富、容易消化的高蛋白食品，如瘦肉、鸡蛋、鲜鱼、豆腐、花生米之类。

（3）避免怀孕：患者在妊娠和分娩阶段，均可导致病情的明显恶化或者反复，故应劝其避免妊娠。

（4）定期检查防止恶变：病人若在40岁以上者，应定期或不定期（至少2～4周1次）检查，特别要注意复查临床体征及必要的实验室检查，提防体内发生胃癌、乳腺癌、肺癌、卵巢癌等恶性肿癌。

3. 红斑狼疮—大动脉炎重迭综合征的预防

（1）重视早治：凡见红斑狼疮证候时，若出现皮下结块或压痛，应重视早期诊断和治疗。可在内服药中酌加泽兰、没药、乳香之类以通络。

（2）加强营养：食疗在初、中期尤不可少，如藕粉、百合粉、山药粉、燕麦片、鲜鸡蛋、鲜瘦肉、鲜羊肉等。勿饮浓茶、烈酒等。

（3）注重调理：保持衣着整洁，疮面干燥，防止继发感染，注意适寒暖。

4. 红斑狼疮—干燥综合征重迭综合征的预防

（1）增液饮食：饮食要以增加水分为主，对口唇干燥的患者，鼓励饮用酸梅汁、柠檬汁；口含话梅、青果等；每日进食1～2次银耳汤，或鲜牛奶之类。或口含西洋参片，泡服北沙参，饮用五汁饮（荸荠汁、梨汁、鲜芦根汁、麦冬汁、藕汁）。

（2）生活要调顺：在患病期间，室内要保持一定的湿度；要按时起床，适当运动；餐后漱口，睡前刷牙；避免六淫外邪的侵袭。

（3）用药要谨慎：凡口腔干燥，用药尽量避免增加口干的药物，特别是缓解充血药、抗组织胺药等，尤要注意。

参考文献

[1] 秦万章，等．临床皮肤科杂志　1984；(2)：15
[2] 秦万章，等．皮肤病研究．第一版．上海：上海科学技术出版社，1990；210
[3] 秦万章，等．皮肤病研究．第一版．上海：上海科学技术出版社，1990；211
[4] 秦万章，等．皮肤病研究．第一版．上海：上海科学技术出版社，1990；224
[5] 秦万章，等．临床皮肤科杂志　1982；(2)：62
[6] 中医药国际学术会议论文集．第一版．上海：中国学术出版社，1987；183
[7] 胡熙明，等主编．中国中医秘方大全（中册）．文汇出版社：上海，1989；219
[8] 秦万章，等．中西医结合杂志　1983；3 (4)：210
[9] 秦万章，等．上海中医药杂志　1981；(4)：46
[10] 单一君，等．中医杂志　1985；(1)：42
[11] 武汉医学院第二附属医院．武汉医学院学报　1979；(2)：61
[12] 谢道孚，等．中西医结合杂志　1983；3 (6)：349
[13] 四川省皮肤病防治研究所．皮肤病防治研究通迅　1979；(1)：29
[14] 秦万章，等．中华皮肤科杂志　1987；16 (2)：97
[15] 秦万章，等．皮肤病研究．第一版．上海：上海科学技术出版社，1990；217
[16] 李珠莲，等．中草药　1984；(4)：16

[17] 陈鸿兴．上海第一医学院学报 1984；11（5）：384
[18] 秦万章．上海中医药杂志 1983；（2）：26
[19] 秦万章，等．皮肤病研究．第一版．上海：上海科学技术出版社，1990；36
[20] 洪永福．江西中医药 1984；（4）：16
[21] 潘复初，等．临床医学杂志 1985；1（2）：34
[22] 秦万章，等．皮肤病研究．第一版．上海：上海科学技术出版社，1990；218
[23] 秦万章，等．皮肤病研究．第一版．上海：上海科学技术出版社，1990；218

下编　专题研究

一、常见风湿性疾病的早期诊断

任何一种风湿性疾病的预后转归，除了与疾病本身的某些因素，如病程、病情轻重、个体体质等相关外，其中最关键的，还与能否早期诊断以及合理恰当的早期治疗密切相关。同一种疾病，由于其诊断和治疗的阶段不同，其预后转归可表现出相当大的差异。以类风湿性关节炎和强直性脊柱炎为例，它们在早期不管受累关节有多么多，也不管其关节疼痛、肿胀和功能障碍的症状有多么重，但它们所具有的共同点，就是无关节畸形。X 线检查骨质无明显改变，关节结构正常。如在此期间给予合理、有效的治疗，可有效防止和避免关节的畸形和致残。反之，无论类风湿性关节炎，还是强直性脊柱炎，一旦出现了关节的强直、变形或脊柱驼背畸形，甚至造成关节功能完全丧失，生活不能自理，以至长期卧床或靠轮椅生活，任何“灵丹妙药”都不可能挽回已丧失功能的关节。因为此时不仅关节周围肌肉萎缩，肌腱及韧带出现挛缩或瘢痕形成，而且关节软骨及软骨下骨质也往往遭到侵蚀和破坏，故 X 线检查多显示关节结构严重破坏或骨性融合，形成一种不可逆的病理改变。就治疗而言，至今尚没有发现能够逆转类风湿性关节炎或强直性脊柱炎晚期关节变形的药物和措施。因此，早期诊断和早期合理治疗是临床获取最佳疗效及改善预后的关键。对系统性红斑狼疮和多发性肌炎、皮肌炎等其它自身免疫性疾病的处理也是如此。一般说来，虽然系统性红斑狼疮的临床过程极为复杂，但在发病初期常多见关节炎、口腔溃疡、皮疹、胸膜炎或疲乏、发热等比较轻的临床表现，全身各脏器或组织受累较少且轻，若在此时给予正确的治疗，常可使病情迅速缓解，因而使大多数病人的预后良好或比较好。若失治误治，或病情屡次复发、恶化，病人常可出现肾、心、肺、肝、消化道、神经系统、血液系统、眼、骨骼、淋巴结等全身多个脏器或组织同时或先后受累的临床表现，如头痛、纳差、脱发、体重下降、心悸、水肿、肺炎等，弥漫性肾炎、中枢神经系统累及、狼疮性肺炎或血小板减少性紫癜常常是疾病严重性的重要标志。病情日趋严重，晚期常因全身衰弱、心肾损害而预后不良。因此，加强常见风湿病的早期诊断和早期治疗，是控制病情进展、延长缓解期、防止疾病复发以及改善病人生活质量的必备条件。随着近年来现代风湿病学和免疫学的不断发展，风湿性疾病的研究虽然无论在发病原理、早期诊断以及治疗等方面都有了很大进展，但由于本类疾病的病因未明，故仍属难治性疾病。加之我国风湿病学研究起步较晚，专科医生对风湿病的认识非常肤浅，因而常易导致误诊。早期诊断更是困难，病人乱求医和医者乏术的现象，在某些基层医院表现得尤为突出。为了进一步提高本类疾病的早期诊断符合率，减少误诊，今就临床中几种常见风湿性疾病的早期诊治问题作一粗浅探讨。

（一）类风湿性关节炎

类风湿性关节炎的早期，滑膜处于炎症阶段。因炎性细胞的浸润，临床表现以病变关节的晨僵、疼痛、肿胀、积液或活动受限为特点。但 X 线检查受累关节的任何结构均无异常，也即无关节畸形。随着病情的进一步发展，加之治疗不当，经久不愈则极易导致滑膜增厚、血管翳形成，软骨及软骨下骨质破坏，最终形成关节的强直或畸形。约有 90% 的类风湿性关节炎患者在发病的 2 年内如未得到及时而正确的治疗，就有可能发生关节破坏或强直、畸形以致残废。据统计，本病发病后 1 年内的致残率为 20% 左右，1 年以上致残率急剧上升，2 年以

上可达40%以上。一旦到了关节强直、畸形的晚期阶段，全身多关节已发生病变。虽然在诊断上多无困难，不易漏诊、误诊，但此时的药物治疗已难以取得理想的效果。因此，Trentham认为：类风湿性关节炎病变的最初18个月至2年是治疗最关键的黄金时期，在这一时期内，如能积极应用改变病程的药物，尚还有可能阻止病变的进展，从而极大限度地避免或减少类风湿性关节炎晚期强直、畸形以致残废的不良结局。也就是说，类风湿性关节炎的预后并不是固定不变的，如果发病后，就能在正规医院的风湿病专科门诊进行早期诊断和合理治疗，预后将大有改观。治疗效果好与差的关键，在于患者是早期求医还是晚期求医。越在早期治疗效果越好，反之，在晚期求医，任何“灵丹妙药”也难以挽回已经发生畸形的关节。

对于类风湿性关节炎的诊断，不同国家有不同的标准。美国风湿病学会曾先后于1958年、1964年和1987年多次对诊断标准进行修订。其中1987年新修订的诊断标准，因敏感性和特异性均较高，且简单明了，易于掌握，而在目前普遍被国内外学者所采纳。但是，由于本病发病形式多种多样，75%的病人呈隐渐性发病，临床表现更是千差万别，且有很多症状与其它风湿性疾病相似，故在疾病的早期或呈不典型经过时，这个标准更显不足，难以作出正确诊断。不少患者因在早期诊断不明确而盲从求医或偏听偏信，贻误了治疗的大好时机。有的医院病人初诊时的确诊率仅为38.8%；误诊率达50%以上，误诊病种近20种之多。就类风湿性关节炎的首发症状而言，如表现为全身多关节炎症，往往能及时就医，便于明确诊断。但以单关节炎、晨僵或手足软组织肿胀为初发表现者，由于病情不重，症状不典型，容易误诊。大多数病人发病时首先表现为周身不适、乏力，甚或低热、体重下降等，在关节症状出现之前，多持续较长时间，受累关节疼痛亦轻。因此，临床遇到这些早期的不典型病例，必须进行详细问诊和全面的体格检查，加强随访，必要时进行关节镜和滑膜活检、滑液化验等特殊检查，经全面综合分析后作出正确结论。只有这样，才能弥补上述标准的不足，以便及时确诊和进行治疗。一般而言，常为人们忽视的早期不典型类风湿性关节炎的临床经过主要有以下几种：

1. 发热型类风湿性关节炎

发热型的类风湿性关节炎包括长期高热和低热两种情况。以长期高热为主要表现者，发热多在38～40℃以上，且多呈不规则持续性间歇性的午后发热，发热前常有感冒、外伤、受冷、受湿等诱因，并伴有皮疹、关节炎、肝脾和淋巴结肿大，血沉增快，血中白细胞增多，血培养阴性，抗生素治疗无效而对激素治疗较为敏感。发热可持续数周、数月或数年。当发展到类风湿性关节炎的关节肿痛出现之后，体温才可下降或消退，或转为持续性低热。此型还常被人们定名为“变应性亚败血症”，即认为是向类风湿性关节炎转变的一个过渡阶段。以长期低热为主要表现者，病人体温长期在37～38℃之间波动，但很少超过38℃，发热时多伴有倦怠乏力、多汗、全身肢体和关节不定位的酸痛不适等全身症状，当遇天气变化、劳累、寒冷潮湿以及感冒后尤为明显。这种临床表现的极不典型性往往被误诊为结核或风湿热。低热亦可持续数月或数年，通常经1～2年后，出现典型类风湿性关节炎的症状。低热则随之消失或为突出的关节肿痛症状所掩盖。

2. 单关节炎和少关节炎型

单关节炎型是指类风湿性关节炎常从髋、膝、踝、腕关节中的某一单关节开始发病，以后病变始终在某一个关节上，反复肿痛，缓解与加重缓慢交替进行，经过1年或数年后，最终留有轻度的关节畸形和功能障碍。而少关节炎型是指关节炎症多半固定在上述的2～3个关

节上，但 1 年内发病关节不得超过 4 个。关节症状轻微，发展缓慢，可留有关节粗大、僵硬或强直，约半数病人可伴有虹膜睫状体炎。此 2 者均多见于儿童和青少年，如能早期诊断和治疗，预后良好。

3. 内脏型类风湿性关节炎

类风湿性关节炎是一种全身性疾病，除每个患者都可发生关节病变外，部分重症患者在病变活动期，以及血清类风湿因子滴度高的病人，还容易伴发关节外表现，也即伴发内脏损伤。其中较为常见的内脏损害有心脏炎、血管炎、肺部损伤和眼部病变。由于本型可同时出现一个或几个内脏受累的表现，全身症状明显且较严重，况且在相当长的一个时期人们一直把这些关节外症状认作是类风湿性关节炎的并发症来进行处理。因此，在治疗过程中，常因某一内脏受累的突出表现而忽视了原发病的治疗，极易当作其它的内科疾病或眼科疾病进行处理。例如有许多患者因肺部损伤或眼部病变而最初就诊于相应的肺病专科或眼科，久治不愈或愈后复发以致病变较重后，才转到风湿病科治疗，严重影响了病人的预后。

类风湿性关节炎的误诊，通常见于两种情况：其一是把类风湿性关节炎误认为其它疾病进行治疗；其二是把其它疾病的关节症状误认作类风湿性关节炎来处理。例如：许多系统性红斑狼疮的关节损害常被误诊为类风湿性关节炎进行治疗。究其造成这两种现象的原因，除了前述疾病本身尚处在早期的轻症阶段、临床表现不典型外，其中一个很重要的原因，就是目前临床仍有不少医生对类风湿性关节炎出现的典型症征和实验室检查的意义含糊不清，这在某些尚无风湿病专科的基层医院表现的尤为突出，常见的有以下几种情况：

（1）较少注重晨僵时间的计算和观察：所谓晨僵，是指在清晨睡醒或经过较长一段时间的休息后（如午休等），出现关节发紧、僵硬，活动不灵活，严重时全身僵硬感，难以完成衣扣动作以及步行困难等，起床后经缓慢活动或温暖后，即觉缓解或消失的现象。晨僵时间的计算，一般以患者醒后出现僵硬感的时间起至患者僵硬感明显减轻的时间止。故在确定晨僵时间时应和病人仔细探讨，因为有的病人并不注意这个问题，医者稍一疏忽，很容易在计算中出现偏差。晨僵不但常作为观察病情的指标之一，而且它还标志着类风湿性关节炎的病变活动性，也即晨僵持续时间的长短和程度常与病变严重程度是一致的。一般晨僵时间大于 30 分钟有临床意义。在某些正常成年人或老年人虽常有短暂轻微的主要局限于腰背部的生理性晨僵，但其持续时间和程度均不同于类风湿性关节炎。因此，鼓励病人配合临床医生做好这项指标的记录和观察是十分必要的。

（2）不能正确区分关节痛和关节炎的概念：许多病人和医生常简单地把关节痛和关节炎的概念等同起来，认为关节痛就是类风湿性关节炎，从而造成误诊、误治。不但给病人造成经济浪费和思想负担，而且还会带来不应有的药物不良反应。类风湿性关节炎主要为关节滑膜的炎症。因炎性细胞的浸润和关节腔渗液的增多，关节周围软组织亦可发生炎性改变，故类风湿性关节炎的关节疼痛症状常伴随肿胀而来，且关节疼痛的轻重与其肿胀的程度相平行，即关节肿胀愈明显，疼痛就愈重。因此，如果没有被专科医生检查证实的关节肿胀，则不能把关节痛判定为关节炎，更不能简单机械地断定为类风湿性关节炎。因为无炎症反应的单纯关节痛并无上述的一系列病理改变。或许正因为此，在类风湿性关节炎的 7 项诊断标准中，重点突出了关节肿胀和手的改变，而并没有把关节疼痛症状放在显赫的位置上。

（3）对类风湿因子的概念、检测方法和临床意义缺乏全面了解：在临床教学中，经常遇到部分学生和进修生把类风湿因子、胶乳和 RF 开在同一张化验单上，判断结果时，又常以试

验结果的阳性阴性来推断是否患有类风湿性关节炎，即认为凡是类风湿性关节炎其类风湿因子就应该阳性，类风湿因子阴性就可排除类风湿性关节炎。出现这些错误现象的实质，就是没有很好地掌握类风湿因子的概念、检测方法和临床意义；判定结果只是望文生意。类风湿因子是一种在少数正常人和许多种疾病的患者血清中出现的抗 IgG 的免疫球蛋白，主要由滑膜的浆细胞产生，也可产生于肝、脾、骨髓和淋巴结。类风湿因子的检测方法有多种，包括致敏羊红细胞凝集试验（简称 SSCA 或 SCAT 法）、曙红乳胶法、鞣化血细胞间接凝集法、聚苯乙烯微粒胶乳凝集试验（即 LAT 法）以及荧光法等。在诸多的检测手段中，LAT 法因最简便实用而在国内外广泛应用。由于类风湿因子是一组自身抗体，包括 IgM、IgG、IgA、IgD、IgE 五种类型，而目前测定的类风湿因子一般为 IgM 型，故对典型的类风湿性关节炎病人，其阳性率约为 70～85%，而 15～30%的病人仍为阴性。类风湿因子不仅对类风湿性关节炎的诊断有重要的参考价值，而且对判断疾病活动性和药物治疗效果都起到重要作用。但是，需特别指出的是，正常人群的类风湿因子阳性率在 5%左右，老年人的阳性率可达 20%左右，其它风湿性疾病和其它的慢性炎性疾病以及恶性肿瘤，如系统性红斑狼疮、皮肌炎、慢性肝炎、膀胱肿瘤、白血病等，也可出现类风湿因子阳性。而典型类风湿性关节炎病人在病情得到控制或缓解时，类风湿因子有可能转为阴性。因此，在分析化验结果时，不能单纯以试验结果的阳性或阴性来断定是否患有类风湿，出现阳性结果后，还必须结合其滴度以及临床获得的其它资料综合进行判断。

（二）强直性脊柱炎

强直性脊柱炎是以主要侵犯脊柱、可累及四肢周围关节的慢性进行性炎性疾病，是血清阴性脊柱关节病中最具有代表性的疾病。由于长期以来本病与类风湿性关节炎相混而被误认为是类风湿性关节炎的一个特殊类型，因此，不但在诊断上形成了概念的含混不清，而且在治疗方面至今仍不能摆脱类风湿性关节炎治疗的束缚。自从本世纪 40 年代发现血清类风湿因子及 70 年代发现人类白细胞抗原 B_{27}（HLA-B_{27}）和强直性脊柱炎密切相关以后，强直性脊柱炎才逐步从类风湿性关节炎中区分开来。有关本病的发病情况，各国的患病率不尽相同，美国的调查约为 0.13～0.22%，日本则为 0.05～0.2%，我国在不同地区，流行病学调查的结果差异较大，初步统计，约在 0.2～0.4%左右。由于本病发病缓慢隐袭，早期症状不典型，且进展缓慢，故常不为患者所注意。加之在诊断上的含混不清和失治误治，许多病人就诊时已呈晚期改变或肢体功能已发生严重障碍，从而丧失了早期诊断和早期治疗的时机。

1．血清阴性脊柱关节病的概念和特点

血清阴性脊柱关节病，是包括强直性脊柱炎在内的一大类疾病，除强直性脊柱炎外，尚有瑞特氏综合征（Reiter 综合征）、牛皮癣关节炎、肠病性关节炎及反应性关节炎等。所谓血清阴性主要指血清类风湿因子阴性，从而与类风湿性关节炎的诊断严格区别开来。本组疾病除类风湿因子阴性外，尚有以下特点：

（1）HLA-B_{27}阳性。

（2）无皮下结节。

（3）均可影响脊柱，但也可有外周关节炎的表现。

（4）X 线片大多有骶髂关节炎。

（5）其它临床表现有一定程度的重叠，例如都可有眼、皮肤、粘膜的病变等。

特别提醒注意的是：血清阴性脊柱关节病的外周滑膜炎一般是非对称性的，下肢比上肢多见，其症状有时和早期类风湿性关节炎非对称性受累相似。但随着病情进展，类风湿性关节炎的对称性表现渐形明显，而脊椎关节病多累及大关节，很少累及小关节，也即随着病情的进展，二者临床表现的差异性变得越来越突出和明显。

2. **详细问诊和查体是避免误诊的关键**

强直性脊柱炎在国际上虽有不同的分类或诊断标准可供使用。如 1964 年的罗马标准和 1976 年修订后的纽约标准，对本病诊断的特异性和敏感性均较高，但由于患者病初时无症状或因出现腰、胸椎和颈椎症状后，只注重脊柱的 X 线检查而误诊为腰肌纤维炎或腰部扭伤，或因出现沿臀部向大腿和小腿放射性疼痛而多误诊为坐骨神经痛，还有不少病人因神经系统检查无阳性发现而被误诊为风湿性关节炎。加之强直性脊柱炎在早期骶髂关节仅有轻度改变时，不同放射科医生的意见未必完全一致，给本病诊断带来一定困难。因此，详细的问诊和体格检查以及对病人的定期随访是提高诊断准确率和降低误诊率的关键。临床遇有 40 岁以下，尤其是男性青少年，在出现上述症状且伴明显晨僵时，应特别注意下列体征的检查和变化。

(1) 改良 Schober 氏试验：为测量脊椎前后旋转以及侧面运动范围的一个重要指征。其检查方法为：在髂后上棘连线的中点与其上 10cm 处相连作一垂直线，测量前屈时连接两点的距离。正常人前屈时，此线伸延总长度可达 16～22cm，强直性脊柱炎脊椎受累后，其前屈活动改变的长度延长一般不超过 1～2cm。测量脊柱侧弯程度时，可在腋中线平第四肋处，向下划一长度为 20cm 直线，向对侧弯曲时，正常人伸延总长度可达 25～32cm。如果是强直性脊柱炎，其侧弯长度改变一般不超过 2～3cm。

(2) 胸廓运动范围的测量：测量胸廓运动的范围，对正确判断胸椎受累的程度和估计预后具有重要意义。正常情况下，胸廓运动的俯视差，即在吸气、呼气时的胸围之差都能超过 3cm，强直性脊柱炎病人胸椎受累影响胸廓运动后，其扩胸范围一般小于 2.5cm。

(3) 胸颌距离和枕墙距离：可作为测定颈、胸椎运动范围的重要参考指标。正常情况下，人在低头时，下颌骨可完全贴于胸骨之上，直立靠墙时，枕骨可完全贴在墙面上。因此，二者正常值均为 0，强直性脊柱炎颈胸椎受累后，其胸颌和枕墙间的距离加大，且受累程度越重其距离也越大。

3. **骶髂关节的 X 线改变是确诊的必备条件**

要诊断强直性脊柱炎，最重要而且必须的检查，是给患者拍一张正位的骶髂关节 X 线片。强直性脊柱炎患者几乎 100%都有 X 线的骶髂关节改变，如单侧或双侧骶髂关节模糊，关节间隙变窄或变宽，骨质破坏，骨密度增加，或关节间隙消失等。随着病情进展，病变常依次由下而上地影响到整个脊椎。故 X 线检查在出现椎体骨质疏松、方形变和椎小关节模糊等早期脊椎病变时，其骶髂关节往往已发生明显改变。因此，临床即使出现了较为典型的症状和体征，骶髂关节正常极不利于强直性脊柱炎的诊断。无论是罗马标准，还是修订后的纽约标准，都把骶髂关节的特征性 X 线改变作为诊断本病的主要条件，只要具备了这一主要条件。不管病人现在还是过去是否出现过较为典型的临床症征，基本上可以确定强直性脊柱炎的诊断。对于 CT 和核磁共振等昂贵的影像学检查，不是诊断本病必需的第一选择手段。通常在临床高度怀疑强直性脊柱炎，但经过 X 线检查不能明确病变时，可根据患者所处的具体条件灵活选用。

（三）系统性红斑狼疮

系统性红斑狼疮是一种原因不明、具有多系统、多器官损害的自身免疫性疾病。本病多见于青年女性，但亦可发生于儿童及老年人。过去认为，此病治疗困难，预后差，近年来由于对此病有了较深的认识，尤其是将新的化验检查应用于临床诊断以及治疗方法的改进和加强，使许多不典型、轻型和早期病例，得到早期诊断、及时治疗，加上各种类狼疮病因的避免和清除，使全身重要器官免受侵犯或减少损害，从而显著改善了预后。据报道，本病并非是一罕见疾病，患病率常因调查者报道的时间、地点、人群分布、诊断标准和种族差异而有所不同。我国患病率约为 70.4/10 万人，美国患病率约为 70.6/10 万人。近 10 年来，本病 5 年存活率已从 70%提高到 90%以上。因此，早期诊断、早期治疗，对改善病人的生活质量和提高长期存活率具有重要意义。

系统性红斑狼疮最早期的临床表现通常为全身非特异性的症状，如发热、疲乏、全身不适、体重下降、关节酸痛等。也可以某一系统或某一器官的征象为主，如皮疹、雷诺氏现象、脱发、口腔溃疡、淋巴结肿大、头痛、口眼干燥、贫血、紫癜等；还可以一项或几项实验室检查异常为早期表现，如蛋白尿、血尿、不明原因的血沉增快、γ球蛋白增高、肝功及心电图异常等。病人常因上述某一个或几个异常表现持续存在数月或数年，系统性损害的征象不明显而误诊为全身多种疾病，致使许多早期和非典型病人得不到及时诊断，延误治疗，因此，必须引起广大患者，特别是医务工作者的注意。

1. 常见误诊原因分析

（1）只注重某一系统的症征，忽略整体表现。对出现典型症状和体征的病人，临床不难确诊，但系统性红斑狼疮的临床表现是多种多样的，有时常以某一二个系统症状独立出现或表现突出，其他症状不重而被忽略，尤其是缺乏皮肤和关节损害的狼疮病人，就诊前往往到非风湿病或非皮肤病专业相关的科室，有关医生只注重本专业的临床症状，忽略全身性症状，头痛医头，脚痛医脚，致使个别病人在不同的时期被多次误诊为几个病种，长达数年不能确诊，延误了早期治疗的大好时机，给病人造成难以挽回的病理损害。例如，系统性红斑狼疮以血液学异常为首发症状者并非罕见，以血液系统损害为首发症状时，容易误诊为血液疾病，以肾脏损害和肺部损害为突出表现时，又容易误诊为急、慢性肾小球肾炎和结核性胸膜炎或肺内感染等。

（2）过分强调皮肤红斑和 LE 细胞阳性。据报道，临床约有 70～80%病人可出现典型或非典型皮肤损害，约有 20～30%病人缺乏皮肤表现，LE 细胞阳性率在未经治疗的狼疮病人中约占 50～85%，治疗后或缓解期的病人阳性率更低，因此，不对病人进行整体分析，过分强调皮肤红斑的出现和 LE 细胞阳性都是十分片面的。

（3）在明确诊断之前肾上腺皮质激素的过早大剂量应用，常使病人的典型症征很快消失，使实验室检查出现阴性结果，因而导致临床医生在分析化验结果时，机械地套用诊断标准，形而上学地评估病情。

（4）问诊、查体欠仔细认真。临证中，有许多对本病有较大参考价值的症状和体征，常被临床医生所忽略或遗漏，如雷诺氏现象、脱发、口腔粘膜溃疡、女性月经不调甚或闭经等，都对本病诊断有较大的参考价值。由于临床医生缺少临床经验、询问病史不细致，查体不规范，故常漏问、漏查而造成误诊、误治。

2. 避免早期误诊应采取的几种措施

针对上述常见的误诊原因，临证中对遇到的年轻女性病人，出现反复原因不明的发烧和实验室检查有多种异常时，不论有否皮肤损害，都应做到以下几点：

（1）详细询问病史。系统性红斑狼疮的完整病史采集除了包括发热、疼痛、肌无力以及关节病变等一般性症状的询问外，还应包括新近和过去病史的详细记录资料，如出现关节病变时，应重点了解关节病变的病程、性质、部位、关节症状的持续时间、第一次受累部位、其它关节病情进展的类型、发作频度和周期性以及年龄、性别、种族等。对出现发热、无力、疲乏、体重减轻以及对阳光敏感、胸膜炎、药物变态反应、脱发等症状者，常强烈提示为系统性红斑狼疮的诊断。对面部夏季出现过红斑或下冷水时手痛，且伴有口、鼻腔溃疡以及长期有畏光反应或在晒太阳后出现恶心、眩晕的病人，应高度引起警惕。此时，系统回顾有助于本病早期诊断，如心肺疾病有关的症状（如心悸、胸闷、咳嗽、胸痛等）以及中枢神经系统症状的系统回顾都有助于发现一些疑似的非典型或早期病例。

病史询问中综合考虑也是很重要的诊断方法，包括治疗药物、治疗方法、药物的剂量、疗效、毒性、处理经过、应用时间等，都应详细了解，特别是肾上腺皮质激素、非甾体抗炎药、止痛剂以及毒副反应较大的中西药物，如免疫抑制剂、雷公藤等药的应用，更应做综合分析。另外，对生育期的妇女，要了解其有无自然流产史。与本病无关的其它病史，如结核史、创伤史、手术史等，也不可疏忽大意。

（2）全面的体格检查。对系统性红斑狼疮的体格检查，部分医师常常仅注意专科检查的内容，忽视对全身其它系统的检查。由于系统性红斑狼疮可出现全身各系统受累的征象，也可同时合并或继发各系统疾病，因此，进行全身各系统的全面体格检查对本病鉴别诊断具有重要意义。全面体检除应包括一般状态的检查外，如精神、情绪、对事物的反应状态、行走步态、姿势、行动灵活程度以及全身营养、气质等方面的情况外，还应对全身各系统进行逐项检查。如对皮肤和毛发的检查，应注意有无红斑。尤其是甲周及双手鱼际部是否出现过红斑，面颊部有无对称性色素沉着，有无毛发稀疏等。对出现全身多脏器和多系统受累者，应仔细进行胸、腹部检查，如心肺部的听诊和肝脾肾的触诊。对查体中有阳性发现的病人，还应当及时有针对性地进行特殊检查，如心电图、心脏B超、胸部X线片及腹部肝、胆、脾、胰、肾的B超检查等。必要时还可进行CT、静脉肾盂造影等，以进一步了解病变的性质和程度。

（3）重视免疫学检查结果的分析判断。对临床发现的早期病例或经过上述诊断线索仍不能确诊的非典型疑似病人，除了进行血、尿常规，血沉、C反应蛋白，肝、肾功能等有关检查外，还应进一步做免疫学检查。因为免疫学检查结果的正常与否不但对临床诊断提供重要的线索，而且对疾病活动性以及疗效、预后转归的判定具有重要指导意义。应用于系统性红斑狼疮的免疫学检查主要包括以下几方面：①免疫荧光抗核抗体检查：抗核抗体是抗各种细胞核成分的抗体，由于其抗细胞核不同成分的抗体不同，故其检测方法也不同。抗核抗体的检测方法目前主要有间接免疫荧光法、对流免疫电泳法、酶联免疫吸附法、放射免疫法和免疫印迹法等，其中间接免疫荧光法为检测抗核抗体的粗筛试验，阳性说明血清中有抗核抗体。以鼠肝作为底物（核抗原）应用间接免疫荧光法检查时，约有90%以上的系统性红斑狼疮患者血清呈阳性反应，如用Hep-2细胞为底物检查，阳性率更高。且抗核抗体的滴度大多与病情轻重有关，随着糖皮质激素使用后病情的好转，其抗核抗体滴度也可迅速降低甚至转为阴性。由于抗核抗体阳性还可见于其它自身免疫病，而每种疾病在荧光染色后表现的类型也不相同。

如在间接免疫荧光法检测抗核抗体的5种类型中，均质型常常是抗脱氧核糖核蛋白的抗体表达，可见于系统性红斑狼疮和类风湿性关节炎的急性活动期；周边型多提示有抗双链DNA抗体的存在，是系统性红斑狼疮病情活动的特征；斑点型是抗非组蛋白抗体的表现，可见于系统性硬化症、混合性结缔组织病、干燥综合征及系统性红斑狼疮等；核仁型提示有抗核仁抗体的存在，主要见于系统性硬化症、类风湿性关节炎等；着丝点型常为系统性硬化症，尤其是CREST综合征的特征性表现。因此，间接免疫荧光法检测抗核抗体对系统性红斑狼疮的诊断并不是绝对特异，分析检测结果时，必须结合其滴度、荧光染色类型以及治疗情况综合进行判断。②抗可提取的核抗原抗体（抗ENA抗体）：以盐水自细胞核中提取出的可溶性核蛋白称为可提取性核蛋白，以可提取性核蛋白测定血清中的抗体称为抗ENA抗体。它包括抗S_m抗体、抗RNP抗体、抗SSA抗体、抗SSB抗体等20余种抗体。这些抗体既可单一出现于某种疾病，也可几种抗体同时出现于一种疾病。系统性红斑狼疮患者血清中可同时出现多种抗ENA抗体。抗S_m抗体是以最早发现此抗体的患者名字Smith的前两个英文字母命名的抗体。S_m抗原是一种耐热的酸性核糖核蛋白，具有耐RNA酶、DNA酶及胃蛋白酶的作用。由于抗S_m抗体几乎仅见于系统性红斑狼疮患者，故又称之为系统性红斑狼疮的标记性抗体，其阳性率为10～30%。此种抗体与系统性红斑狼疮的病情活动无关，也即不因病情的好转而转阴，因此，临床还常作为系统性红斑狼疮的回顾性诊断指标。抗RNP抗体为抗核糖核蛋白Ribonucleoprotein的缩写。抗RNP抗体阳性临床多与雷诺氏现象、肌炎、肺部受累有关，而肾脏受累少见，因此抗RNP阳性可见于多种风湿性疾病，如系统性红斑狼疮、混合性结缔组织病及系统性硬化症等，抗S_m抗体阳性的患者其抗RNP抗体亦常呈阳性。抗SSA和SSB抗体是干燥综合征Siogren's Syndrom的缩写，A、B为抗体发现的先后顺序。抗SSB抗体主见于干燥综合征，对干燥综合征的特异性较抗SSA抗体高，但敏感性较低，阳性率仅为37.5%。抗SSA抗体敏感性虽高，在干燥综合征中约80%以上呈阳性反应，但其特异性较差，约70%的系统性红斑狼疮及50%的系统性硬化症抗SSA抗体阳性，因此，抗SSB抗体阳性者其抗SSA抗体亦多呈阳性。抗SSA抗体阳性的系统性红斑狼疮病人多为亚急性皮肤性红斑狼疮，具有无肾脏损害、缺乏典型症状等特点，间接免疫荧光法检测抗核抗体多呈阴性，血清补体C_2缺乏。抗SSA、抗SSB抗体阳性的患者临床多合并有口、眼干燥症状。③抗DNA抗体：抗DNA抗体检测通常包括抗单链DNA抗体（抗ssDNA）和抗双链DNA抗体（抗dsDNA）两类。抗ssDNA抗体因其特异性低，许多风湿性疾病如系统性红斑狼疮、类风湿性关节炎、系统性硬化症以及慢活肝、胆汁性肝硬化都可阳性，故临床检测价值不大，已较少应用于疾病的诊断和治疗。抗双链DNA抗体又称抗天然DNA抗体，在系统性红斑狼疮病人中有近50～80%其抗双链DNA抗体阳性，滴度较高时仅见于系统性红斑狼疮，因此，此项检测对系统性红斑狼疮特异性较高。以放射免疫法测定，正常结合率在20%以下，还可以马疫锥虫、短膜虫为底物用间接免疫荧光法检测。临床观察，抗DNA抗体检测不仅可作为系统性红斑狼疮的诊断指标之一，而且其滴度的变化常随病情轻重而改变，病情活动时升高，病情控制后可降至正常。故抗双链DNA抗体可作为病情活动的观察指标。另外，抗双链DNA抗体阳性还常表明肾脏受累，且其肾脏受累的程度大多和抗双链DNA抗体的滴度相一致，即滴度越高，肾脏受损的程度也越重。④狼疮带试验：狼疮带试验是系统性红斑狼疮的诊断标准之一，其对系统性红斑狼疮的敏感性及特异性都与皮肤活检部位有关。一般皮损处的狼疮带阳性率达90%以上，暴露部位正常皮肤为70～80%，非暴露部位正常皮肤为50%左右。其具体做法为：活检取小块

病变或非病变处皮肤直接冰冻，切片后在低温控制下以异硫氰酸盐荧光素染色，阳性时由于在皮肤的表皮和真皮连接处有一种或多种免疫球蛋白和补体蛋白的沉积，故在荧光检查时可见一条发荧光的带，此即狼疮带。通过对狼疮带沉积蛋白类别和数量的检测，还可判断疾病的活动性以及肾脏损害程度，并对正确估计预后转归具有重要意义。如狼疮带试验可检测出IgG、IgA、IgM、C_3、C_{1q}等不同蛋白在皮肤的沉积，其中IgG沉积多提示病情活动、肾损害率高且重，死亡率也高，并随着病情活动度及肾损程度的增加，其沉积蛋白数目也增加，故对临床检测出IgG或多种蛋白沉积的病人，应给予高度重视，密切注意病情变化。

二、风湿性疾病内脏损伤的特点和处理

临床各种风湿性疾病，不但在病理形态学和免疫学上有共性，而且在临床表现上也存有许多共同点，许多风湿性疾病，如类风湿性关节炎、系统性红斑狼疮、多发性肌炎和皮肌炎、系统性硬皮病、结节性多动脉炎、干燥综合征、白塞氏病等，不但都可出现不同，程度的发热、关节痛、皮肤肿胀、肌肉酸痛等全身性症状，而且常可累及全身各重要器官而出现相应的系统性症状。各生命重要器官受累的范围和程度常常是决定治疗效果和预后好坏的关键。例如，同样是系统性红斑狼疮，有的病变进展迅速，受累脏器广泛，内脏损害严重，其疗效差，预后恶；反之，病变进展缓慢，受累脏器少，内脏损害轻者，其疗效亦较好，预后亦较佳。因此，加强对风湿性疾病之系统性症状的综合治疗措施，正确处理好人体整体和局部、内因和外因的辨治关系，对改善病情，防止复发，同样具有重要的临床意义。

（一）呼吸系统受累之肺部损害的特征与处理

呼吸系统的肺部表现可以是风湿病本身引起的，也可以是在治疗原发性疾病的过程中出现的并发症或夹杂症。尤其是各种治疗药物的应用，如肾上腺皮质激素和免疫抑制剂等，均可使机体免疫机能减退而导致肺部病毒、细菌、支原体、甚至霉菌的继发感染。因此，风湿性疾病的原发性肺部损害与肺部的继发性感染既可单独出现，又可相互重叠。当二者混杂在一起合并出现时，往往给临床诊治带来困难。故在制订治疗方案时，应仔细鉴别原发性损害与继发性病变之间的关系，正确权衡用药后的利弊关系。

1. 肺部损害的特征

各种风湿性疾病由于其病理损害的特征不同，故其肺部损害的临床表现有不同特点，现将临床中常见的几种风湿性疾病的肺部损害的特征简述如下：

（1）系统性红斑狼疮：系统性红斑狼疮肺部受累者约占50～70%，病理损伤以急性血管炎、肺出血为特征，胸水中可找到LE细胞，血补体C_3、C_4含量下降，肺泡内的玻璃样变增厚和微小动脉的坏死性血管炎伴增殖性病变可使肺部表现以肺功能异常为主，而肺部实质性病变不常见。故在临床中有肺功能异常者可无临床表现，有临床表现者则多以急性狼疮性肺炎和弥漫性肺间质纤维化或弥漫性间质性肺炎为主，可伴有胸膜炎、胸腔积液或肺不张。

（2）类风湿性关节炎：肺部表现是类风湿性关节炎关节外症状的常见受累器官，受侵率约占47%，多发于40岁以上的男性患者。其病理特征主要以肺部或胸膜的类风湿结节为主，即结节中央为胶原性坏死区，其外周为组织细胞、类上皮细胞、浆细胞、淋巴细胞和纤维母细胞形成的肉芽肿组织包围。其胸膜液的特点是蛋白和乳酸脱氢酶增高，葡萄糖和补体C_3下降，类风湿因子和免疫复合物阳性。因此，临床上多以胸膜炎、胸腔积液、弥漫性肺间质纤维化、阻塞性毛细支气管炎或Caplan'氏综合征的表现为主，少数Caplan'氏综合征并发纤维化肺泡炎而伴有呼吸困难、紫绀、杵状指、肺底部细湿罗音及X线胸片蜂窝状阴影者，多提示预后不良。

（3）进行性系统性硬化症：肺受侵率约占70～90%，以女性多见，因常有肺血管受累，表现为肺小动脉内膜增厚、粘液瘤变化、血管闭塞。肺泡壁可有纤维性增厚，故在临床主要表现为胸膜病变，肺动脉高压伴有或无肺心病，或肺原性心脏病以及弥漫性肺间质病变。因此，

肺损害常为本病的主要死亡原因之一。早期常无症状，但肺功能检查可发现有弥散功能障碍，故弥漫性肺损害常难早期发现和确诊。少数患者还可发生支气管扩张或并发细支气管或肺泡癌。

（4）多发性肌炎和皮肌炎：肺部受累率约占47～81%，病理特征为肺间质内有单核、浆、淋巴细胞及多形核细胞浸润。肺泡Ⅱ型上皮细胞增生，肺泡壁增厚、扭曲，肺泡腔内有巨噬、肺泡上皮细胞，晚期出现肺间质纤维化。故临床常可出现间质性肺炎。病人呼吸肌无力，咽肌受累致吞咽困难，食物返流时，可因食物分泌物吸人发生吸入性肺炎。

（5）干燥综合征：肺部受侵率约占30～60%，病理特征以肺间质由成熟的淋巴细胞浸润为主，且具有胚生的淋巴中心。临床可出现慢性支气管炎、复发性间质性肺炎、胸膜炎或表现为肺不张和支气管肺炎。有的患者可无明显肺部病变，但有限制性肺通气功能障碍和弥散能力降低。

（6）混合性结缔组织病：混合性结缔组织病的肺部病理损害与系统性硬化症相同，但其中以肺血管病变最为突出。临床约有2/3患者有肺弥散功能减退，1/2病人有限制性通气功能障碍，但肺功能障碍不一定有临床表现。在无症状患者中约有70%已有肺功能异常和/或X线检查异常，故在发病早期积极进行肺功能和X线检查是十分必要的。

2. **肺部损害的处理**

中医辨证治疗：风湿性疾病一旦出现肺部受累的症状，不管是否由原发病或继发感染引起的，也不管是出现在哪一个疾病的过程中，均可根据其临床表现的特点和主次而分别参照“咳嗽”、“喘证”、“痰饮”、“肺胀”、“肺痿”等证进行辨证治疗。临证中常分为以下几种证型论治，但由于每种风湿性疾病的临床过程都十分复杂，因此，在具体应用时，应注意同一种疾病可能出现几种证型相兼或因其它多系统损害的症状而出现病机相反、治疗相抵触的情况，此时，还当根据病人全身表现和系统性损害的主次轻重进行综合分析。

（1）风寒犯肺：咳嗽喘促，痰白而清稀，或有胸闷痛，鼻翼煽动，可伴有形寒、头痛、鼻塞、流清涕等风寒表证，舌苔薄白，脉弦紧。治宜解表宣肺、化痰止咳，方选三拗汤或小青龙汤加减：麻黄、杏仁、甘草、细辛、半夏、五味子、陈皮、葶苈子、前胡。

（2）风热犯肺：咳嗽，喘咳不宁，痰黄而质稠，胸痛胸闷，或伴见发热、鼻塞声重、咽痒或痛、口鼻干燥等证，舌红苔白或淡黄，脉浮数。治宜清肺化痰、宣肺止咳，方选银翘散合泻白散、清肺饮加减：双花、连翘、桔梗、生石膏、桑白皮、地骨皮、甘草、黄芩、川贝、蚤休。

（3）燥邪伤肺：鼻干咽燥，干咳无痰或少痰，痰中带血丝，或身热微汗，头痛，口渴，心烦，恶寒或恶风，大便干，舌质淡或边尖红，苔薄白或薄黄而干，脉弦紧或弦数。以凉燥为主要表现者，治宜疏风宣肺、温润辛开，方选杏苏散加减：杏仁、紫苏、前胡、桔梗、半夏、茯苓、甘草；以温燥为主要表现者，治宜疏风清肺、润燥止咳，方选桑杏汤加减：桑叶、杏仁、香豉、沙参、梨皮、山栀、象贝、炙枇叶、芦根，或用清燥救肺汤加减。

（4）痰浊壅肺：咳喘而胸满闷窒，咳声重浊，痰多，痰粘腻或稠 厚成块，色白或灰，晨起尤甚，可伴呕恶、纳呆、口粘不渴，舌苔白腻，脉濡滑。治宜化痰降气、肃肺平喘，方选二陈汤、三子养亲汤、苏子降气汤加减：苏子、莱菔子、枳实、半夏、杏仁、陈皮、前胡、厚朴、桔梗、苍术、胆星。

（5）痰热郁肺：咳逆喘息气促，痰黄而稠，有异味或恶臭，喘急时可伴面红、烦躁、身

热口干，舌红苔黄腻，脉滑数。治宜清肺化痰、降逆平喘，方选桑白皮汤、定喘汤、清金化痰汤加减：桑皮、川贝、黄芩、桔梗、瓜蒌、知母、半夏、杏仁、鱼腥草、甘草。

（6）肺气郁痹：喘息咳逆阵作，咳时面赤咽干，常感痰滞咽喉，或胸胁胀痛，咳时尤甚，症状可随情绪波动增减，舌苔薄白或薄黄，脉弦数。治宜清肺平肝、降气平喘，方选泻白散、五磨饮子加减：桑白皮、地骨皮、黄芩、沉香、枳壳、桔梗、青皮、陈皮、甘草。

（7）饮停胸胁：咳唾引痛，咳逆气喘息促不能平卧或仅能偏卧于停饮的一侧，病侧肋间胀满，甚则偏侧胸廓隆起，舌苔薄白而腻，脉沉弦或弦滑。治宜泻肺逐饮，方选葶苈大枣泻肺汤、椒目瓜蒌汤加减：葶苈子、桑白皮、苏子、瓜蒌皮、陈皮、半夏、椒目、生姜皮、大枣、香附。

（8）肺气亏虚：喘促短气，气怯声低，咳而无力，痰清稀、色白，或伴面色无华、短气、自汗、易感冒，治宜益气补肺、宁嗽止咳，方选补肺汤加减：人参、紫菀、五味子、白术、茯苓、甘草、乌梅、桑白皮。

（9）肺阴亏耗：干咳，痰少而粘，或痰中带血，声音嘶哑，口干咽燥，或伴潮热、盗汗、形瘦、神疲，舌红少苔，脉细数。治宜滋阴润肺、止咳化痰，方选沙参麦冬汤、百合固金汤加减：沙参、麦冬、百合、生地、川贝、玉竹、炙枇叶、甘草。

西医处理：治疗风湿性疾病的肺部损害，都应在加强其原发疾病治疗措施的基础上，给予对症处理，如吸氧、解除支气管痉挛等。如系统性红斑狼疮出现肺功能异常时一般不需特殊治疗，但在肺出血、肺水肿及肺间质纤维化的早期，应尽早应用大剂量激素和免疫抑制剂，强的松可每日每公斤体重1～2mg，分4次服，待症状缓解1周后根据病情递减。肺出血时以激素冲击疗法为好，并同时应用苯丙酸氮芥2mg，每日3次，连用2周，症状缓解后停用。对有明显合并感染的病人，最好根据细菌培养、药物敏感试验选用大剂量有效的抗生素治疗，并注意避免菌群失调、真菌感染和药物的毒副反应。对无明显感染而有感染倾向的病人，可在全面权衡利弊关系的基础上，预防性地试用小剂量且对肾脏无毒性或毒性小的窄谱抗生素进行治疗。

（二）心血管受累的特征和处理

1. 心血管受累的表现特征

风湿性疾病均可累及到心脏和血管。但不同疾病嗜侵的部位、病变性质以及引起的病理生理改变等不完全相同。以血管损害为例，系统性红斑狼疮、类风湿性关节炎、系统性硬化症、多发性肌炎和皮肌炎都是以侵犯中小血管为主，一般不影响中等以上的大动脉，而多发性大动脉炎则主要以侵犯大血管为主，很少累及小血管。白塞病全身大小血管均可受累，特别是静脉，细胞浸润、血栓形成导致管壁增厚，管腔狭窄，也可形成动静脉瘤。其不同血管病变可造成不同的病理生理改变，因而在临床可出现多种临床表现。如血管炎及其所致的管腔缩窄性改变常因出现的部位不同而发生相应的临床症状，如肠系膜动脉、脾动脉闭塞可致腹绞痛，类风湿性关节炎患者可因心、脑、肠系膜血管闭塞而致死，动脉炎发生在冠状动脉，则可发生心绞痛、心肌梗塞，白塞病的血栓性静脉炎可表现为单纯的红斑，呈圆形，或卵圆形，轻度压痛。在心脏损害方面，这些常见的风湿性疾病虽然都可能发生心脏病变。但各疾病心脏病变的受侵部位和病变的范围程度不尽相同，如风湿热、类风湿性关节炎的心脏3层组织可同时罹及，而结节性多动脉炎、系统性硬化症心内膜很少受累；系统性红斑狼疮心肌炎

多与心包炎并存，但系统性红斑狼疮的心脏病变范围较广，而多发性肌炎和皮肌炎的范围较小。由于风湿性疾病的心脏损害常被原发病掩盖，多数晚期才被发现，作为首发症状者仅占少数，加之心血管受损时，预后严重，可因心律失常或顽固性心衰致死。因此，对于临床无心血管损害表现或症状较轻的风湿病病人，也应注重心血管系统的病史询问和体格检查，以期早期诊断、早期治疗。

2. **心血管受累的处理**

(1) 中医辨证论治：

①邪热扰心：心悸烦闷，发热汗多，或伴皮肤斑疹，或有咽痛，关节肿痛，面赤口干，尿黄便结，舌红苔黄，脉滑数或疾或促，多见于风湿性疾病的病情活动期并发心肌炎、心律失常、心包炎等心脏损害时。湿热内蕴者，多见心悸胸闷，发热起伏，关节酸痛重着，或腹胀便溏，呕恶纳呆，苔黄腻，脉濡数。治宜清热凉血、宁心安神，方选白虎加人参汤加减：石膏、知母、双花、连翘、元参、丹皮、虎杖、人参、秦艽、射干、甘草。湿热偏盛者，治当清热利湿、宁心安神，方选甘露清毒丹、小陷胸汤加减：瓜蒌、川连、茵陈、半夏、石菖蒲、连翘、苦参、射干、郁金、川朴、茯苓。

②痰浊内闭：胸闷如窒或胸痛，痛引肩背，气短喘促，或伴腹胀脘痞，肢体沉重，形体肥胖，痰多，苔浊腻，脉弦滑。多见于风湿性疾病合并有心衰、肺感染、心包积液、心绞痛、心肌梗塞以及因肾病或其它原因使用皮质激素引起血脂增高或致冠状动脉供血不足的患者。治宜通阳泄浊、豁痰开结，方选瓜蒌薤白半夏汤加减：瓜蒌、薤白、半夏、胆星、僵蚕、白芥子、枳实、丹参、郁金、菖蒲。

③寒凝心脉：胸闷胸痛，疼痛较剧，心悸气短，或伴面青形寒，肢端发冷、青紫、疼痛，遇寒加重，舌苔白滑，脉沉迟或弦紧。多见于系统性硬化症、系统性红斑狼疮、类风湿性关节炎、结节性多动脉炎等引起的雷诺氏现象，或见于因闭塞性动脉炎引起肢端坏疽的早期，也可见于因冠状动脉炎引起的心绞痛、心肌梗塞。治宜宣痹散寒、通阳活血，方选当归四逆汤、丹参饮加减：当归、细辛、桂枝、丹参、檀香、川椒、白芥子、枳实、熟附子、鸡血藤、甘草。胸痛剧烈者，可合用瓜蒌薤白白酒汤，或加服苏合香丸、冠心苏合丸进行治疗。

④痰热互结：心悸脘闷，胸闷胸痛，发热口干，心烦易怒，或伴咳嗽痰多，质粘，口苦咽燥，舌红苔黄腻，脉滑数或弦数。多见于心肌炎的慢性期或伴肺内感染者。治宜化痰清心、宁心安神，方选半夏泻心汤、小陷胸汤加减：瓜蒌、黄芩、黄连、半夏、桑白皮、川贝、鲜竹沥、冬瓜仁。

⑤气虚血瘀：心悸胸闷，心痛时作、劳则加重，倦怠乏力，面色晦滞，口唇紫暗，或胁下有症积，压痛，腹胀尿少，舌暗红或有瘀斑、瘀点，脉细涩或结代。多见于风湿性疾病引起心肌炎、心律失常和急、慢性心衰以及心包炎、冠状动脉炎，也可见于心肺纤维化。治宜益气活血、宣痹止痛，方选当归补血汤、血府逐瘀汤加减：黄芪、当归、桃仁、红花、川芎、赤芍、党参、黄精、郁金、丹参、泽兰。

⑥水饮凌心：心悸气急，头晕目眩，胸脘痞满，面白恍神疲，形寒肢冷，小便短少，或下肢浮肿，渴不欲饮，恶心吐涎，苔白滑，脉沉弦或结代。多见于心肌炎、心包炎或伴慢性心衰者。治宜温阳化饮、宣痹行水，方选苓桂术甘汤加减：茯苓、桂枝、白术、甘草、葶苈子、半夏、丹参、生姜皮、大腹皮。

⑦气阴两虚：心悸气短，胸闷隐痛，时作时止，倦怠懒言，面色少华，头晕目眩，遇劳则

甚；或伴纳呆、自汗，舌淡红苔薄白，脉细弱无力或结代。多见于各种心血管损害的慢性期或恢复期、心肌纤维化等。治宜益气养阴、复脉宁心，方选 生脉散、人参养营汤加减：人参、麦冬、五味子、黄芪、茯苓、当归、远志、甘草、元参。

⑧阴虚火旺：心悸不宁，心烦少寐，头晕目眩，潮热盗汗，或手足心热、耳鸣腰酸，咽干便结，舌红少苔或无苔，脉细数。多见于心肌炎慢性恢复期或伴快速型心律失常者。治宜滋阴清火、养心安神，方选天王补心丹加减：人参、玄参、生地、麦冬、五味子、丹参、炒枣仁、柏子仁、当归、黄连、朱砂。

⑨心脾气虚：心悸气短，面色苍白或萎黄，自汗乏力，纳减神疲，腹胀便溏，舌淡红苔薄白，脉细弱或结代。常见于缓慢性心律失常、慢性充血性心力衰竭的早期以及心肌炎的慢性缓解期或恢复期、心肌纤维化等。治宜益气健脾、补血养心，方选人参归脾汤加减：人参、黄芪、白术、当归、茯神、远志、炒枣仁、炙甘草、五加皮。

⑩心肾阳虚：心悸气短，胸闷喘促，动则尤甚，面色青灰，神颓肢冷，大汗淋漓，气息微弱，唇舌瘀暗，脉微细欲绝或乍疏乍数。常见于各种心血管损害引起的心力衰竭、心源性休克。治宜回阳救逆、益气固脱，方先参附龙牡汤、生脉散加减：人参、附子、龙骨、牡蛎、黄芪、麦冬、五味子。

（2）西医处理：

随着近年来心脏B超、动态EKG、放射性核素、CT等特检技术的应用，风湿性疾病心血管损害的早期检出率明显提高，为早期合理治疗提供了有利条件。由于这些常见的风湿性疾病在早期即可引起心肌炎、心包炎、心内膜炎，或出现高血压、周围血管炎及其相应的临床表现，故在发病早期即应采取积极的预防治疗措施，又由于每种疾病心血管受累的机率、部位、受侵范围以及出现的病理生理改变和原发病治疗原则均不相同，故对不同疾病引起的不同心血管损害应当分别对待。以心肌炎为例，不同风湿性疾病引起的心肌炎损害对激素的敏感性可不相同，糖皮质激素是治疗风湿性心肌炎的首选 药物，及早使用可防治心衰、心律失常。一般强的松每日 40～60mg，2～3 周后随治疗效果逐渐减量，病情严重者，可给予地塞米松 5～10mg 肌注或静滴，也可给予相当量的氢化考的松静滴。并在急性期给予青霉素等，以清除溶血性链球菌。对青霉素过敏者，可改换红霉素或其它抗生素。对系统性红斑狼疮的心肌炎表现，通常在治疗量无效的情况下，采用大剂量激素冲击治疗，并同时应用非甾体类抗炎药如水杨酸、阿司匹林等，或应用小剂量的免疫抑制剂，如环磷酰胺、硫唑嘌呤、苯丙酸氮芥等。但是，激素不能改变多发性肌炎和皮肌炎的心肌病变范围，也不能阻滞其房室传导阻滞的发展，且对系统性硬化症的心肌结缔组织浸润，激素疗效亦差。

糖皮质激素不仅常能缓解风湿性疾病的心肌炎病变，而且还可对风湿性疾病引起的心包炎和心包积液，常能减少渗出，抑制粘连。一般强的松每日 40～60mg，无效时增加剂量 10～20%，有效后逐步减量。当渗液过多出现急性压迫症状时，可考虑在B超或X线下行心包穿刺抽液，但一般不用。缩窄性必包炎可在原发病稳定后行心包剥离术。对风湿性疾病并发心律失常、心衰和心源性休克时，均可在加强原发病治疗的基础上进行对症处理。如治疗心衰当以增强心肌收缩力和减轻心脏负荷为原则，根据具体病情而分别选用洋地黄制剂或利尿剂，心律失常时当根据发生心律失常的不同类型分别予以对症处理，出现心源性休克时．可配合升压药进行治疗。需特别注意的是，在对症治疗中，应严格掌握这些药物间的相互作用和毒副反应，避免使用引起病情恶化的药物，如系统性红斑狼疮应避免使用苯妥英钠、普鲁卡因

酰胺、心得安等，以防止病情的进展和恶化。另外，对风湿性疾病并发周围血管炎或小血管栓塞者，可用抗凝溶栓及抗炎制剂，或用糖皮质激素与免疫抑制剂联合治疗。

（三）消化系统损害的特征与处理

1. 消化系统胃肠损害的特征

风湿性疾病的胃肠损害常因病种的不同其胃肠节段的受侵率亦有所不同，加之胃肠道症状可与疾病伴发的其它征象（如可在关节炎之后或同时出现）合并出现，以及治疗药物对胃肠道的影响，致使个别病人在以胃肠道损害为主要表现时容易误诊，严重者有时可因急性胃肠穿孔、肠梗阻、大出血而危及生命。对胃肠道常易造成损害的风湿性疾病主要有以下几种：

（1）系统性红斑狼疮：受累率约占40～50%，其特点为胃肠道的任何部位均可受累，主要侵犯胃肠粘膜下肌层和肠系膜小血管，呈栓塞性血管炎改变。当继发局部缺血、出血、粘膜或肠段坏死时，可出现相应的腹痛、腹泻、呕血、便血、恶心、呕吐、食欲不振、便秘、小肠吸收不良综合征、局限性肠炎、溃疡性结肠炎等消化道的表现。这些胃肠道的临床表现通常无明显的定位体征，如腹痛时可无反跳痛和直接触痛，但当发生肠系膜血管栓塞或肠穿孔时，可有压痛和反跳痛。而且其胃肠表现的轻重还常随病情变化而有所不同，即当以糖皮质激素治疗后随着系统性红斑狼疮其它症状的消失和病情的缓解，其胃肠症状也逐渐缓解。反之，如病情反复发作，其胃肠受损的表现亦常再度复发。

（2）系统性硬化症：从口腔至肛门均可受累，但在消化系统中胃很少受侵犯，通常以食道下段和小肠受累为主，发生率分别为80%和53%，主要病变为平滑肌萎缩、纤维化及炎性细胞浸润。食道下段受累时则常因食道功能障碍而主要表现为吞咽困难，或吞咽时胸骨后疼痛或胀感，饮水后症状加重。伴发食管炎时，可出现胸骨后灼热感。至疾病后期，食管可因出现狭窄致吞咽困难加重，且常伴呛咳、呕吐等。当以肠道受累为主时，则常致腹胀、腹痛、腹泻或便秘与腹泻交替出现。十二指肠和空肠扩张与运动不良时，一方面有利于微生物繁殖、胆盐分解增加发生脂肪泻，另一方面食物的消化和吸收功能不良易致营养障碍。有少数患者可出现肠绞痛或肠梗阻等急腹症的表现。

（3）多发性肌炎和皮肌炎：胃肠损害以侵犯食道上段横纹肌和嚼肌为主，较少累及食道下段和胃肠平滑肌，故多发性肌炎和皮肌炎的胃肠道表现以吞咽困难、进食或饮水时呛咳为主，也可因食道功能失调而出现腹泻、便秘等。

（4）白塞病：由白塞病引起的粘膜溃疡，上至口腔、食道，下至直肠的整个消化道均可发生。但以口腔粘膜受累为主，消化道溃疡的发生率一般较低。据报道，近95～100%的白塞病病人可出现口腔粘膜的痛性溃疡，常见于舌尖或舌体，也可出现在口唇、颊部、齿龈，甚至咽部的单个或多个溃疡。溃疡常可自愈，不留瘢痕，但经常反复发作。由于白塞病引起的消化道溃疡往往集中在小肠的回盲部，约占白塞病消化道溃疡的75%，故发生消化道溃疡时，以右下腹的疼痛和压痛为主，也可出现恶心、呕吐、腹胀、腹泻、呕血、便血等症状。溃疡有时可引起出血或穿孔而成为本病致死的原因之一。

（5）干燥综合征：干燥综合征的胃肠损害以小唾液腺萎缩为主要特征，亦可累及其它消化腺，故其消化系统表现除口腔及咽部干燥影响食物咀嚼和吞咽外，重症病人可发生环状软骨后食道狭窄，有类似于缺铁性贫血的吞咽困难症状。部分病人有慢性萎缩性胃炎、胃酸缺乏、消化不良、食欲减退、腹痛腹胀，以及胃粘膜腺体有类似唾液腺的病理变化，少数病人

可因胃粘膜病变而发生恶性贫血。

2. **肝脏受损时的特征**

风湿病的肝病变多为轻度，除少见的重度肝脏损害外，一般多无肝脏病变的临床症状。但部分病人在病情活动期有时可触及肿大的肝脏及出现黄疸，且其化验检查常有异常。如系统性红斑狼疮常见谷丙转氨酶和碱性磷酸酶中度升高，糖皮质激素治疗后可使上升的酶降至正常。系统性硬化症的肝损害虽然较少，但肝病变者几乎均有肝硬化，故血浆白蛋白常减少，絮状反应异常，BSP 也异常。半数患者，并发阻塞性黄疸时，谷草转氨酶、谷丙转氨酶及碱性磷酸酶均可明显增高。皮肌炎和多发性肌炎病人，除谷草、谷丙转氨酸均可升高外，其肌酸磷酸激酶和醛缩酶也多相应增高。

3. **消化系统受累的处理**

中医辨证治疗：

风湿性疾病消化系统受累的临床表现，常因受侵部位、范围的不同而表现为不同的病证，临证中当根据这些病证的主次轻重，结合全身性症状灵活辨治选方。一般而言，风湿性疾病引起的慢性胃炎、消化道溃疡可参照“胃痛”、“腹痛”、“泄泻”进行辨治，消化道出血时可参照“吐血”、“便血”治疗，肝脏损害和胃肠梗阻、穿孔时，又当分别参照“胁痛”、“黄疸”、“积聚”和“急腹痛”辨证论治，以吞咽困难为主要表现时，还可依“噎膈”等进行辨治。

（1）胃肠受累的辨证治疗

①肝郁气滞：脘腹胀闷或痛，攻窜不定，有时痛窜两胁或痛引少腹，或吞咽梗阻，胸膈痞闷，嗳气频繁，每因情志因素而症状加重，或在恼怒及情绪紧张之时发生腹痛泄泻，或伴烦躁易怒，舌苔薄白，脉沉弦。治宜疏肝解郁、理气止痛，方选柴胡疏肝散加减：柴胡、白芍、枳壳、香附、川芎、青皮、陈皮、元胡、川楝子、麦芽、甘草。

②脾胃虚弱：脘腹绵绵隐痛，时作时止，喜温喜按，饥时尤甚，得食或休息后痛减，或吞咽、咀嚼无力，或大便时溏时泻，常伴神疲乏力，面色㿠白，纳差，舌苔薄白，脉虚弱或沉细迟缓。治宜温中健脾、和里缓急，方选黄芪建中汤、参苓白术散加减：黄芪、党参、茯苓、白术、桂枝、白芍、扁豆、苡仁、山药、甘草、砂仁。

③脾胃湿热：脘腹灼痛、硬满、拒按，痛势急迫，烦躁易怒，泛酸嘈杂，口苦口臭，便结或便溏，或大便泻而不爽，粪色黄褐而臭，小便短赤，舌红黄腻，脉滑数或濡数。治宜清利湿热、行气通腑，方选甘草泻心汤、二妙散加减：半夏、黄芩、黄连、苍术、黄柏、公英、川朴、藿香、党参、甘草、葛根。

④胃阴不足：脘腹隐痛，或吞咽梗涩难下，口干咽燥或溃疡，口唇皲裂，渴欲饮水，大便干结，舌红少津，脉细数。治宜养阴益胃，方选麦门冬汤、益胃汤，或一贯煎加减：生地、玉竹、麦冬、沙参、枸杞、川楝子、当归、甘草。

⑤瘀血内结：脘腹刺痛、拒按，痛处固定不移，食后痛甚；或见呕血黑便，舌质紫暗，或见瘀斑、瘀点，脉沉细或涩。治宜活血化瘀、理气止痛，方选失笑散、丹参饮，或少腹逐瘀汤加减：蒲黄、五灵脂、丹参、檀香、元胡、赤芍、当归、川芎、桃仁、红花、参三七。

（2）肝脏损害的辨证治疗

①气滞血阻：脘胁胀痛，或胁下积块，胀痛或刺痛，软而不坚；或肌肤晦黄，甚则黧黑，面郁有赤丝血缕；或伴消瘦乏力，舌苔薄白，脉弦。治宜理气活血、通络消积，方选膈下逐瘀汤合鳖甲煎丸加减：当归、川芎、桃仁、红花、赤芍、蒲黄、香附 乌药、川楝子、䗪虫、

鳖甲、枳壳、乌药、莪术。

②肝胆湿热：胁痛口苦，胸闷纳呆；或身目俱黄，黄色鲜明，发热口渴；或腹部胀满，恶心欲吐，小便黄赤，大便秘结或溏而不爽，苔黄腻，脉弦数或濡数。治宜清热利湿、疏肝利胆，方选龙胆泻肝汤、茵陈蒿汤加减：龙胆草、黄芩、柴胡、茵陈、栀子、大黄、川楝子、茯苓、青皮。

③寒湿内阻：身目俱黄，黄色晦暗如烟薰；或脘痞胁满，纳减便溏，神疲畏寒，口淡不渴，舌质淡嫩，苔白腻，脉濡缓或沉迟。治宜健脾和胃、温化寒湿，方选茵陈术附汤加减：茵陈、附子、干姜、白术、茯苓、党参、郁金、川朴、苍术、苡仁。

(3) 消化道出血的辨证治疗

①实热型：吐血或便血，血鲜红或粘稠夹有血块；或脘胁胀闷，灼热疼痛，心烦口苦，舌苔黄腻，脉滑数。治宜清胃泻火、凉血止血，方选泻心汤合犀角地黄汤加减：大黄、黄芩、黄连、水牛角、生地、赤芍、丹皮、玄参、紫珠草、侧柏叶。

②阴虚型：吐血鲜红或大便暗黑，或持续大便潜血试验阳性，常伴潮热盗汗，心烦少寐，咽干便结，手足心热；或头晕耳鸣，腰膝酸软，舌红少苔或剥苔，脉细数。治宜养阴清热、凉血止血，方选玉女煎、知柏地黄汤加减：生地、石膏、知母、玄参、石斛、黄柏、山萸肉、丹皮、紫珠草。

③脾虚型：吐血缠绵不止，时轻时重，血色暗淡；或便血紫黯，面色苍白无华，心悸气短，神疲乏力，口淡纳差；或腹部隐痛，肢凉便溏，舌质淡胖，脉沉细无力或虚芤。治宜益气健脾、养血止血，方选归脾汤、黄土汤加减：人参、黄芪、白术、茯苓、灶心黄土、当归、阿胶、甘草、炮姜、浦黄炭、血余炭、棕榈炭、三七粉。

消化系统受累的西医处理：

风湿性疾病患者出现消化系统的症状，首先应排除其它原因，如药物的胃肠道反应、药物肝损害等，并在停用相关药物的基础上，加强对症治疗。如慢性胃炎时可根据胃分泌功能合理使用制酸剂（如氢氧化铝、胃舒平等），或提高胃酸的药物（如0.5%稀盐酸、胃酶合剂等），并给予胃粘膜保护剂，如猴菇菌片、维酶素、吗叮啉等，以调整胃肠功能，合并有明确的细菌感染时，当以抗生素积极控制感染，如短期口服痢特灵、庆大霉素等抑制胃幽门弯曲菌。出现消化道溃疡者，可给予抗溃疡药物，如 H_2 受体阻断剂（甲氰咪呱、雷尼替丁）、抗胃蛋白酶以及丙谷胺、生胃酮、胃复安等，以促进溃疡的愈合。伴有慢性腹泻时，可在加强营养支持疗法的基础上，短期应用有效抗生素，并注意菌群失调症的出现。对肝损害者，可给予维生素B、C等护肝，有脂肪泻时可给脂溶性维生素A、D、E、K，合并乙肝病毒感染时，可用干扰素、阿糖腺苷等。对出现急性消化道出血、胃肠梗阻、穿孔的危急重症者，可分别采取相应的急救处理。如消化道出血者，当根据出血的部位和出血量的大小给予输血、输液，并配合局部止血措施或药物止血，肠梗阻时给予胃肠减压，有胃肠穿孔和肠系膜血管栓塞者，当考虑手术治疗。

西医的对症治疗虽然存在局部作用强、收效快等特点，但在一定程度上尚存在疗效不稳定，复发率高以及副作用大的缺点，尤其是在原发病没有得到及时有效的控制时，对症处理常常无济于事。因此，在此种情况下，仍以加强原发病的治疗为主，如以免疫损伤因素为主的肠道白塞病，应使用免疫抑制剂。随着原发病的治疗好转，其消化道损害的症状亦多显著减轻。疗效仍不理想时，可根据不同疾病的不同病情，考虑应用糖皮质激素。但对合并溃疡

出血或胃肠穿孔的病人，糖皮质激素用量不宜过大，并在病情改善后及时减量，以免出现溃疡者发生穿孔，且激素用量大还易使已发生穿孔者的手术刀口愈合困难。

（四）肾脏损害的特征和处理

1. 肾脏损害的特征

风湿性疾病出现肾脏损害，除因治疗药物引起者外，大凡由原发疾病造成的肾损害，主要见于系统性红斑狼疮，亦常见于系统性硬化症和痛风引起的肾脏病变。

(1) 系统性红斑狼疮：几乎所有的系统性红斑狼疮病人均有不同程度的肾脏损害。肾脏受累的主要部位是肾小球，表现为狼疮性肾炎和肾病综合征。少数病人亦可累及肾小管、肾间质及肾盂，表现为肾小管酸中毒、间质性肾炎和肾盂肾炎。

狼疮性肾炎是系统性红斑狼疮的主要内脏损害和主要致死原因之一，其临床表现的特点及预后转归常因肾脏组织学病理类型的不同而表现为不同的特点。1986 年世界卫生组织将系统性红斑狼疮的多种不同类型的肾脏病变从组织学上分为 6 种病理类型，即正常肾小球肾炎（指任何检查技术均未发现病理学改变，或光学显微镜下肾小球正常，但应用免疫荧光或电子显微镜检查则有沉积物沉积）、单纯系膜型肾小球肾炎（肾小球外观正常，肾小球血管系膜轻度不规则增殖，有免疫复合物沉积）、局部节段型肾小球肾炎（受累肾小球少于 50%，有节段性增殖和局灶性坏死，可见免疫复合物沉积于上皮下及血管内皮下）、弥漫增生型肾小球肾炎（受累肾小球在 50%以上，基底膜有不规则增厚，坏死区广泛，可伴有肾小球硬化）、膜型肾小球肾炎（基底膜普遍增厚，有细粒状免疫复合物沉积于上皮下）、晚期硬化型肾小球肾炎（基底膜呈节段性或弥漫性增厚，常在肾小球血管系膜硬化基质与肾小球囊之间形成粘连，甚至可生成纤维新月体）。在病理分类的 6 种类型中，临床常以单纯系膜型、局灶节段型、弥漫增殖型及膜型为多见，各型的相对发生率分别为 6%、33%、55%和 6%。

狼疮性肾炎的临床表现同慢性肾小球肾炎的表现大致相同，其肾脏损害的症状特点与病理检查结果不完全一致。通常根据其临床表现的不同特点分为以下 3 种类型：

①隐匿型：包括亚临床型和无症状性两类。亚临床型仅有肾脏组织学异常，而无任何临床表现，尿检查亦无异常；无症状性是指仅有尿液检查异常（如蛋白尿、血尿），但临床无症状。隐匿型在病理上多为单纯系膜型及局灶节段型。

②肾炎型：包括急性、急进性和慢性 3 种。急性者多有尿异常、浮肿、高血压及肾功能减退，多见于弥漫增生型；急进性表现为血尿、蛋白尿、少尿及进行性肾功能损害，多见于弥漫增生伴新月体形成的狼疮性肾炎；慢性者多有较长时间不同程度的尿异常、浮肿、高血压及肾功能损害，可见于部分局灶节段型及弥漫增生型。

③肾病型：以大量蛋白尿、低蛋白血症、浮肿为特征。伴有或不伴有血尿、高血压及肾功能减退。常见于膜型、局灶节段型及弥漫增生型。

各型狼疮性肾炎的预后转归常因疾病的活动程度、肾活检硬化的程度以及治疗的恰当与否而表现出很大差异。一般而言，单纯系膜型、局灶节段型和部分表现为膜型者，预后尚好，弥漫增生型如以增生为主时，应用大剂量糖皮质激素和免疫抑制剂，仍能逆转病情。但以硬化为主者，则治疗效果与预后均差，常由于病情加剧、高血压、肾功能不全、感染而死亡。晚期硬化型预后最差，多在短期内死于肾功能衰竭。

(2) 系统性硬化症：系统性硬化症肾脏病变的发生率差异很大，可从 8%～45%，这可能

与肾脏病变发现的迟早有关。其肾脏损害的病理特征为叶间动脉、弓形动脉及小叶间动脉的内膜有成纤维细胞增殖、水肿、粘液样变及酸性粘多糖沉积，继之内膜中胶原增多，细胞减少并有纤维蛋白样坏死。血管平滑肌细胞透明变性、成纤维细胞增殖性增厚。血管外膜及周围纤维化。肾小球系膜增殖，内皮细胞肿胀及增殖。由于免疫复合物对肾小动脉和毛细血管的影响，可使肾素--血管紧张素—醛固酮系统引起血管收缩，血管内凝固，肾皮质血流突然下降，甚至可并发微血管病变性溶血性贫血，伴氮质血症、高肾素血症。因此，系统性硬化症出现肾脏病变是一种预后不良的征兆。肾脏损害的临床表现一般可分为急进性和慢性两种类型。急进性肾脏损害常突然出现严重高血压伴急性肾功能衰竭的“肾危象”状态导致死亡；慢性者多在发病 3～5 年后出现，开始表现为断续性蛋白尿，逐渐发展为持续性蛋白尿、镜下血尿、高血压和氮质血症。

(3) 痛风性肾脏病变：肾脏损害为痛风最常见的内脏损害，尤其在老年患者更为常见。它主要包括痛风性肾病、急性梗阻性肾病和肾结石。所谓痛风性肾病，是指尿酸盐在肾组织沉积引起慢性间质性肾炎，导致肾小管萎缩变性、肾小球纤维化及硬化，临床表现有多尿、蛋白尿、脓尿、血尿，合并有微小痛风结石者可引起高血压和肾硬化，最后导致肾功能衰竭。其中急性尿酸盐肾病，由于大量尿酸结晶沉积于集合管，可引起急性肾功能衰竭；另一方面结晶沉积集合管，还可穿破上皮细胞层和小管基膜进入间质形成慢性痛风性肾病肉芽肿。慢性尿酸盐肾病，则常因慢性高尿酸尿症和/或高尿酸血症引起肾损伤。高尿酸血症为慢性进行性肾小管损伤及继发性间质炎症致缓慢的肾功能损伤，然后引起尿酸盐清除率下降形成高尿酸血症。所谓急性梗阻性肾病是指由于非尿酸盐结晶沉积于肾集合管、肾盂肾盏及输尿管，使尿流阻塞发生肾功能衰竭。痛风时肾结石的发生往往和尿酸盐产生过量、尿尿酸盐过饱和、饮食中嘌呤类过多、尿量与尿酸浓度以及排尿酸药物应用均相关。故痛风性肾结石的发生率远远高出常人，据统计，可比正常人高出 1000 倍。约 40%的痛风者在发作前有肾结石史。

2. **肾脏病变的处理**

中医辨证治疗：

风湿性疾病肾脏病变的早期或稳定期，由于其临床症征不明显，而仅有化验室的检查异常，故对处于此期的病人，当以原发病的治疗为主，或结合现代药理研究灵活选用中药。如尿蛋白可用生黄芪、大腹皮、木瓜、防己、玉米须、苡仁、芡实、莲肉、褚实子、覆盆子、金樱子等；尿中出现管型可用白薇、白茨等；尿中见红细胞，可用小蓟、茅根、益母草、马鞭草等；尿中见白细胞增多，可用半枝莲、蒲公英、地丁等。当出现相应的症征后，可分别参照中医的相应病证进行辨证分型治疗，如病人出现浮肿、腰痛、高血压时可分别参照“水肿”、“腰痛”、“眩晕”等辨证治疗；以肾结石为主要表现者，可参照“石淋”辨治；至疾病的肾功能衰竭期，又可参照“癃闭”、“关格”证进行处理。

(1) 脾肾阳虚，水湿泛滥：面色㿠白，神萎倦怠，形寒肢冷，周身水肿明显；或伴胸水、腹水，腹胀，尿少，纳减，呕恶，甚则咳逆上气不能平卧，舌质淡，苔薄白或薄腻，脉沉细。治宜温阳利水，方选实脾饮、真武汤或济生肾气丸加减：附子、仙灵脾、白术、茯苓、大腹皮、泽泻、猪苓、车前子、槟榔、川朴、干姜、肉桂。

(2) 脾肾两亏，气血不足：面色少华，四肢乏力，疲倦少寐；或腰膝酸痛，头晕耳鸣，纳食欠佳，肢体轻度浮肿或不肿，舌苔薄白，脉细弱或沉细无力。治宜补脾益肾、气血双补，方选大补元煎、知柏地黄丸、五子衍宗丸加减：黄芪、党参、熟地、山萸肉、枸杞子、知母、当

归、覆盆子、菟丝子、茯苓、杜仲、甘草。

（3）肝肾阴虚，肝阳上亢：此证在风湿性疾病的治疗过程中常见，尤其在大剂量应用糖皮质激素后。症见面红唇干，眩晕目胀，腰酸耳鸣，心悸失眠，口苦烦躁；或有轻度肢体浮肿，舌质红，苔薄白或薄黄，脉弦细或弦数。治宜养阴滋肾、平肝潜阳，方选地黄饮子、天麻钩藤饮加减：生地、天冬、麦冬、杜仲、石斛、山萸肉、天麻、钩藤、怀牛膝、牡蛎、知母、黄柏、远志。

（4）脾虚湿困，痰浊上蒙：眩晕身重，头昏如蒙；或伴胸闷泛恶、呕吐痰涎、多寐纳呆，舌胖嫩苔浊腻，脉弦滑。治宜燥湿化痰、健脾和胃，方选半夏白术天麻汤加减：半夏、白术、天麻、茯苓、陈皮、枳实、黄芩、竹茹、瓜蒌、菖蒲、郁金。

（5）脾肾衰败，浊阴内盛：面色晦滞而浮肿，精神萎靡，形体消瘦，胸闷腹胀，纳呆厌食，恶心呕吐，尿少或小便清长，腹泻或便秘，心悸咳喘；或口中尿臭，甚则烦躁不宁，昏迷不醒，惊厥抽搐，舌质淡胖，苔白腻或灰黄腻，脉沉细或滑数。治宜温补脾肾、清热降浊，方选温脾汤、大黄石苇汤加减：大黄、附子、干姜、人参、石苇、冬葵子、滑石、车前子、瞿麦、甘草。

西医处理：

（1）狼疮性肾炎：对狼疮性肾炎的处理，必须注意到系统性红斑狼疮肾损害和药物肾毒性两方面的利弊关系，根据病人的不同情况，选择合适的治疗方案，从选择药物的品种和剂量到药物的给药途径、用药时间都应以避免加重肾功能不全为原则；并在治疗过程中，除每1～2周复查血、尿常规及尿素氮、血肌酐、内生肌酐清除率外；还应积极控制高血压，预防感染。有明显水肿者，应限制水、钠的摄入，并给予利尿剂增加水、钠排出，但此时应注意纠正低蛋白血症以及水、电解质、酸碱平衡失调。

狼疮性肾炎的药物选择目前主要以糖皮质激素合用环磷酰胺治疗。对肾脏损害临床表现较轻，肾组织病理活检以局灶节段型、系膜型和早期膜型者，可每日给予强的松20～60mg；对临床表现突出，肾脏病理以弥漫增生型为主者，常需用较大量或大剂量糖皮质激素方才生效，如强的松每日每公斤体重1～2mg，分4～6次口服或给予甲基强的松龙冲击治疗。一般甲基强的松龙1g加入5%葡萄糖溶液内2小时静脉滴注完毕，连用3天后，改为每日强的松40～60mg口服，以后逐渐减量。应用冲击治疗时应注意其对晚期肾小球硬化者无效，故应避免应用。

对激素治疗无效的病人，可合用环磷酰胺治疗。近年多主张在应用糖皮质激素的同时，并用环磷酰胺冲击治疗。一般环磷酰胺每次0.8～1.2g，间隔3～4周静脉滴注1次，总量用至6～8g后，改为每3个月滴注1次，数次后再延长至6个月1次，最后视病情确定维持治疗时间。对经过上述各种治疗超过2个月以上无效的病人，尤其是病理分型为弥漫增生型的狼疮性肾炎，应尽快在药物治疗的基础上进行血浆置换疗法。

血浆置换疗法的目的是清除血循环中的免疫复合物、自身抗体、炎性介质等，也即是将血浆中的有害物质除去为目的的一种治疗方法。由于本疗法可在短时间内清除或减少血循环中的免疫复合物及其它异常蛋白质和炎性介质，因而能迅速缓解狼疮性肾炎引起的各种症状，尤其是弥漫增生型狼疮性肾炎，或在急性进展期出现严重肾功能不全、应用其它疗法无效时，血浆置换疗法常能在近期内获得暂时性好转或缓解。应用血浆置换疗法，一方面应注意预防其副作用的发生，如低蛋白血症、水电解质紊乱、酸碱平衡失调、继发感染以及心衰和脑、肺

等重要脏器的水肿等；另一方面，为了避免在治疗过程中出现血药浓度减低，术中仍需维持或加大糖皮质激素、免疫抑制剂的剂量。又由于本疗法对狼疮性肾炎的免疫病理损伤过程不发生根本影响而仍属治标之法，因此，在血浆置换疗法结束后仍需加强治疗，以免病情反复。

（2）系统性硬化症的肾脏病变：前已所述，肾素—血管紧张素—醛固酮系统是导致系统性硬化症肾病危象的主要原因，而且高肾素血症引起的高肾素性高血压或恶性高血压常易导致病人死亡。因此，对轻度硬化性肾脏病变，主要应以维持肾灌注血量为主，避免应用脱水剂和利尿剂以及可选择引起肾血管收缩的药物。出现硬化症肾性高血压时，应及时应用巯甲丙脯酸治疗。巯甲丙脯酸不仅可对肾素—血管紧张素—醛固酮系统发生作用，从而有效地降压，减缓病情发展，而且它还可减低系统性硬化症血管病变的内皮损害。其它可供选择的药物，还有肼苯哒嗪、心得安等。由于系统性硬化症肾脏病变的治疗成功与否可影响到此病其它器官的表现，如皮肤病变、关节病变等，因此，当内科治疗失败后可考虑应用血液透析以延长生存时间。

（3）痛风性肾脏病变：痛风性肾脏病变的发生，与高尿酸血症直接相关。因此，治疗痛风性肾脏病变，仍应以抗高尿酸血症为主，使血尿酸浓度维持在：男性：208～428umol/L，女性：155～357umol/L；在此浓度下，尿酸盐沉积即可解决。在目前常用的抗高尿酸血症的药物中，主要有排尿药物（如丙磺舒、苯磺唑酮、痛风利仙）和抑制尿酸合成药物（主要包括别嘌呤醇）。由于痛风病人尿酸排出增加不但可使肾结石的发生率增加，而且还易产生急性尿酸肾病，如用排尿酸药物治疗，则有可能发生尿酸结石或使尿酸肾病恶化。因此，合理使用别嘌呤醇以抑制尿酸的合成，减轻尿酸对肾脏的负荷，对防治痛风性肾脏病变具有重要意义。由于本类药物本身对肾脏亦有损伤作用，故对有肾功能恶化的病人要密切观察肾功能，权衡利弊，合理应用。一般用法应从小剂量开始，逐渐递增，如 50mg，每日 2 次，最多 100mg，每日 2～3 次。其它可供选择的治疗措施如微量化及水冲疗法，均可作为辅助性措施灵活选用。

总之，对风湿性疾病内脏损伤的处理，都必须应在积极控制原发疾病，祛除诱发或加重原发疾病的各种因素下进行。只有这样，才能达到理想的治疗效果，否则，只注重局部或某一系统损伤的治疗，忽视原发病以及全身性的治疗措施，只能是杯水车薪，无济于事。

三、常见风湿性疾病某些特殊情况的处理

（一）类风湿性关节炎某些特殊情况的处理

1. 合并感染

感染不仅是诱发和加重类风湿性关节炎的重要因素，而且也是本病最常见的死因之一。类风湿性关节炎病人对病原微生物的易感性明显高于普通人群，且因本病病程长，大多数病人需经过长时期的抗炎药物治疗，尤其是肾上腺皮质激素的应用，可使感染后的临床表现完全或部分被掩盖。因此，若病人在治疗过程中，病情突然恶化，尽管没有感染的明显病状和体征，也应想到合并感染的可能性。此时，积极进行血、尿常规检查和心肺部体检、放射学检查以及暂停抗炎退热药物，都有助于了解和发现感染病灶的大小和轻重。在进行细菌涂片和培养找病原菌之前，可极据临床表现来估计感染类型，迅速选用抗生素治疗。一般选用青霉素和庆大霉素，在病原菌培养结果出来后，再根据药敏试验选用有效、足量的抗生素治疗。特别指出的是，类风湿性关节炎可伴有低热，有时也可出现高热，在应用肾上腺皮质激素后，使菌血症期潜藏于关节的病原菌在类风湿性关节炎的基础上并发感染性关节炎，这种感染性关节炎很容易被忽略，甚至因此导致死亡，必须高度警惕。常见的病原菌有链球菌、肺炎双球菌、嗜血性流感杆菌、大肠杆菌，甚至有真菌而出现真菌血症。

诊断性关节内穿刺抽液和关节腔内药物注入治疗也是并发感染性关节炎的重要原因。发生率的高低，关键取决于操作者的技术水平和无菌程度。故对类风湿性关节炎突然出现单关节红、肿、热、痛及活动受限，尤其发生于穿刺关节时，或病前体内其它部位有感染灶或外伤史，且关节肿痛伴寒战、高热等全身症状，外周血白细胞总数及中性粒细胞增高，血清C反应蛋白增高者，应立即通过关节液检查和细菌培养进行确诊。对已经确诊合并有感染性关节炎的急性期病人，应迅速选用强有力的广谱抗生素治疗，及早做关节腔穿刺抽液和冲洗，并向关节内注射有效的抗生素，并对感染关节夹板固定或用牵引以解除关节软骨间的压力与摩擦。如病人在3～4天内无明显改善，或至疾病晚期，关节腔脓液已破溃至肌肉、肌腱、皮下层或形成瘘道时，宜行手术引流。以上各项治疗最好在骨科医生指导下进行。

清热解毒、利湿通络中药对合并有病毒感染或细菌感染而对抗生素产生耐药的病人尤为适宜，临床可根据具体情况灵活运用。

2. 合并妊娠

妊娠对类风湿性关节炎病人的病情可发生戏剧性的影响。据统计，约75%左右的妊娠期类风湿性关节炎病人病情明显减轻，25%左右未发生变化。且在病情改善的孕妇中约50%发生于妊娠的3个月以后，几乎所有妊娠期发生缓解的病人，产后病情均复发，约50%发生于产后6周。也就是说，妊娠对大多数类风湿性关节炎临床过程的影响是有益的，血中雌激素和孕酮浓度的高低能直接或间接影响类风湿性关节炎症状的波动与缓解。一般在怀孕以后的前3个月，因体内雌激素和孕酮水平较低，不能有效发挥其消炎和抗关节炎的作用，故关节肿痛症状和活动受限较为突出，妊娠4个月以后，随着体内雌、孕激素水平的提高，病人的关节肿痛症状也随之减轻或消失。因此，对合并妊娠的类风湿性关节炎的治疗，关键是妊娠前3个月的治疗。因为此时不但病人的全身和关节症状最为明显，而且用药后对胎儿的影响

也最为严重，且大多数药物都能通过胎盘而发生致畸胎作用。

新近研究表明，水杨酸类药物的治疗量即可延滞妊期，使死胎和小样儿的发生率增高。抗疟药和免疫抑制剂因其明显的致畸胎毒性，且能通过胎盘而浓集于发育中的胚胎，故孕期应停用。虽然金制剂通过胎盘的很少，但妊娠期也应禁用。肾上腺皮质激素在小剂量应用时似乎对妊娠无影响，但较大剂量使用可抑制婴儿的肾上腺功能。因此，在目前尚无一种妊娠期完全无毒性药物的情况下，一般主张在妊娠期，尤其是妊娠早期停用所有抗风湿药物，或借助中医中药治疗。如病情活动，或应用中药治疗后也不能明显改善病人的肿痛症状时，可试用小剂量短效的皮质激素，如强的松、强的松龙等，通常强的松用量每日不得超过 7.5mg，强的松龙用量每日不超过 5mg。由于此小剂量激素经过胎盘时即被一种胎盘分泌的酶所破坏，且在乳汁中不含此药，此剂量激素亦不抑制下丘脑、垂体，故蛋白质分解作用也很小。为此，治疗中严禁使用长效、大剂量的皮质激素，避免应用地塞米松和倍他米松。另外，血浆置换疗法有时可明显改善妊娠期类风湿性关节炎的关节症状，促进关节功能恢复，临床可根据具体病情合理选用。

妊娠虽然会给类风湿性关节炎病人带来困难和危险，但一般说来，如病情不严重，且处于非活动期，肢体关节没有明显的功能障碍，大多数病人经正确治疗后都能顺利安全地度过分娩期。如病人髋关节外展受限，骶髂关节和耻骨联合发生融合或骨盆出口狭窄时，应及早考虑剖腹产。对产后有急性发作的女性患者，常需用皮质激素。由于大多数病人在哺育婴儿中体力活动增加，致使病人在产后数周内病情呈爆发性加重，因此，自病人产后的第 2 周开始，应积极恢复原妊娠前的治疗方案，劝告病人尽可能地休息，减少育儿中的家务劳动。

3. 合并关节外表现

类风湿性关节炎的关节外表现尽管临床较少见，但一旦出现以后，不但常因某一系统的损害而被误诊为其它系统的疾病，而且在治疗上也常因忽略了原发病的治疗给机体造成严重后果，甚或危及生命。类风湿性关节炎出现关节外表现，一般提示病情活动，故处理主要以加强基础病变的治疗为主，必要时可合用其他措施。

(1) 类风湿性关节炎的肺部表现：肺部表现的出现可以是类风湿性关节炎本身病变所致，也可以是在治疗过程中应用某些药物如皮质激素、环磷酰胺等，使机体免疫机能减退引起肺部病毒、细菌、支原体、甚至霉菌的继发感染，还可以是原发的肺部损害与继发的肺部感染混杂出现在一起而不易区分。类风湿性关节炎的肺部表现主要有以下几种：①胸膜炎和胸腔积液：尸检中约 50%的病例可见胸膜受累，45 岁以上的患者约占 90%，胸膜病变可发生于关节炎之前或与关节炎同时出现。胸腔积液常为少量或中等量，且多为渗出液，葡萄糖含量极低，常低于 0.35g/L 是本病特征，静脉输注葡萄糖也不能提高其胸水中的含量，临床上多无明显症状。但个别病人胸水量大时，可引起胸痛、气短和呼吸困难等。②肺部渐进性坏死性结节或类风湿尘肺：临床多无症状，故常于胸部 X 线检查时发现。结节大小不一，可融合形成空洞或钙化，当腐蚀气管至胸膜时，可引起咳嗽、咯血或胸水。③慢性间质性肺炎或间质性肺纤维化：表现为进行性加重的呼吸困难、气短、紫绀、刺激性咳嗽及杵状指，早期胸部 X 线改变多为肺底的弥漫性斑片浸润影，晚期因弥漫性肺间质纤维化常可引起蜂窝肺。

类风湿性关节炎出现肺部损害后的处理，必须采取全身与局部、中医与西医相结合等综合治疗的方法。一般对由原发病引起的肺部损害，临床尚无症状出现时，仅针对原发病而加强基础治疗即可，或增加基础用药的剂量，或增加或改换基础药物的品种或类型，从而达到

控制病情的目的。对有轻度呼吸道症状的病人，可配合对症处理措施，如出现紫绀、呼吸困难者，可给予吸氧或氨茶碱、喘定等支气管解痉药；出现咳嗽、咳痰者，可给予止咳化痰药，如棕色合剂、止咳糖浆等。对合并有肺部明显的病原微生物感染时，可根据感染类型采取不同的治疗措施。如合并细菌感染者，尤其是在应用免疫抑制剂以后引起的继发性肺部感染，应在加强营养支持疗法的基础上，选择敏感而广谱的抗生素治疗。并发病毒或其它病原微生物的感染时，由于目前尚缺乏针对病毒等的特异性药物，故抗病毒治疗有待商确。我们的临床体会是静脉滴注双黄连、清开灵等中药制剂常能获得较好的治疗效果。若病情进展迅速、病情严重，或经上述处理仍不能缓解的病人，可在上述各项治疗的前提下，加用肾上腺皮质激素治疗。大多数病人，在经过抗生素治疗无效而改 换激素治疗后，多在 1～2 周内症状明显减轻或消退。肾上腺皮质激素的剂型选择和剂量大小当应根据病人的具体病情和个体耐受情况灵活掌握。

根据中医“急则治标，缓则治本”的原则，类风湿性关节炎在肺部症状出现后，无论是属于临床的哪一类型，也不管是并发哪种、哪一类型的病原微生物的感染，均可参照中医的“咳嗽”、“喘证”、“饮证”、“肺痿”等进行辨证分型治疗。根据类风湿性关节炎肺部损害的临床表现特点，一般按以下分型进行辨治。

①风寒犯肺证：症见鼻塞，流清涕，咳嗽或胸闷痛，喘促，痰白而清稀，可有形寒，头痛身痛，发热无汗，舌淡红，苔薄白，脉弦紧。治宜宣肺散寒、止咳平喘，方选杏苏散或小青龙汤加减。

②燥热伤肺证：症见鼻咽干燥，干咳无痰或痰少而粘，常伴恶风，身热微汗，头痛，心烦口渴，舌边尖红，苔白而干，脉浮数或细数。治宜疏表宣肺、润燥止咳，方选桑杏汤加减。

③饮停胸胁证：症见胸胁胀满疼痛，咳唾引痛，呼吸转侧牵痛，甚则咳喘倚息不得平卧，面浮肢肿；或有咳嗽、短气，舌淡苔白，脉沉弦。治宜泻肺平喘、化痰蠲饮，方选葶苈大枣泻肺汤合小青龙汤加减。

④痰浊壅肺证：症见喘咳不宁，痰多而粘，喉间痰鸣，甚则喘咳不能平卧，臭煽；或伴呕恶纳差，舌苔白腻，脉弦滑。治宜化痰肃肺、降气平喘。方选苏子降气汤合三子养亲汤加减。

⑤痰热阻肺证：症见喘咳，痰黄而稠，甚或咳吐脓痰、有腥臭味，喘急时伴有面红，身热烦躁，口干，舌苔黄腻，脉滑数。治宜清热化痰、泻肺平喘。方选定喘汤合泻白散或清金化痰汤加减。

⑥肺气不足证：症见喘咳，咳声无力，痰清稀，伴面色无华，倦怠乏力，短气自汗，易于感冒，舌淡苔白，脉细弱。治宜补肺益气、宁嗽止咳。方选补肺汤加减。

⑦肺阴亏虚证：症见干咳，痰少而粘，鼻干咽燥，口渴欲饮；或伴形体消瘦，皮毛干枯，大便干，舌红津少而干或舌红少苔，脉细数。治宜滋阴润肺、生津止咳，方选百合固金汤或沙参麦冬汤合麦门冬汤加减。

（2）类风湿性关节炎的眼部损害：类风湿性关节炎的眼部损害以影响眼的前色素层膜为主，而表现为虹膜睫状体炎、虹膜炎、慢性结膜炎、脉络膜炎以及眼干燥症等，少部分病人也可累及后色素层膜，如引起视网膜炎等。多数病人症状较轻或无症状，或表现眼痛、充血发红、畏光流泪等，影响视网膜时常可出现视力障碍。眼部损害可在关节之前数周、数月或数年发生，单眼发病后，常逐渐累及双眼呈对称性反复发作或交替性双眼损害，失治误治后，

病人常因周围组织的粘连、疤痕形成以及眼底病变，轻则导致视力模糊，严重者引起失明等。

类风湿性关节炎出现的眼部损害，一般疗法与抗生素治疗无效。肾上腺皮质激素治疗效果虽然显著而迅速，但对于疾病本身来讲，容易产生一定的依赖性和其它副作用。近年来，我们通过采用中西医结合或单纯中药治疗的方法取得了较好疗效。即对症状轻，或眼炎的表现较为稳定者，可单用中药治疗；对症状重、眼部损害进展迅速者，必须结合西药及时处理。目前多主张在早期及时充分散瞳，防止黄仁粘连引起并发症，使睫状体得到休息，减少炎症反应。散瞳一般用1%阿托品滴眼液，效果不好时，可用混合散瞳剂（1%硫酸阿托品液、2～4%可卡因液和0.1%盐酸肾上腺素液各等份）结膜下注射。另可配合激素或抗生素药物做球后注射或滴眼，如使用氢考眼药水或氯霉素眼药水，反复交替滴眼，或球后注射强的松龙。对给予局部治疗效果不佳或影响视神经、视网膜的病人，可采用激素全身给药的方法。

前色素层炎相当于中医的瞳神紧小症或瞳神干缺症。急性发作时多认为是热毒内攻或肝经风热所致。故治疗当以清热解毒、凉血养阴、去翳明目为基本原则，古方多用龙胆泻肝汤、新制柴连汤、抑阳韭连散等治之。我们也依据这一治法自创明目彩虹方，取得了理想疗效。临床观察，本方的治疗效果与激素和抗生素的作用相当，但没有激素的副作用。具体药物组成为：夏枯草20g，金银花20g，公英20g，生地20g，丹皮20g，谷精草15g，青葙子15g，石斛15g，龙胆草10g，木贼草6g，野菊花12g，大黄6g。水煎服，日1剂。

（3）类风湿性血管炎：是类风湿性关节炎内脏损害中最严重的一种类型，常称为坏死性动脉炎、恶性类风湿等。血管炎的病理改变为中、小动脉或静脉的全层血管炎，受累血管各层均有多核或单核细胞浸润，伴纤维样坏死，内膜多有增生或血栓形成，因此，血管的炎症和血管的闭塞性病变是本病的重要特征。临床主要表现为肢端小动脉炎，轻则出现甲床瘀斑，重则引起肢端坏死或小腿溃疡，当发生内脏多器官的全身性血管炎时，临床多表现为不对称性多神经炎、发热、白细胞增多、肢体坏死等，常因病情进展迅速而预后不良。在我国患者中，血管炎的表现除指、趾末端可见雷诺氏现象或坏死外，其它表现均属罕见。

类风湿性血管炎的治疗，一般根据临床表现的轻重和血管受累的范围采取相应的治疗措施。对受累范围局限，病情轻或仅以四肢雷诺氏现象为主者，可不治疗或配合对症处理；较大血管受累或严重的坏死性血管炎出现时，必须根据病情加用或增加肾上腺皮质激素的用量，配合其它必要的急救措施。据报道，清热解毒、活血化瘀中药如双花、公英、地丁、赤芍、丹皮、白花蛇舌草、土茯苓、红花、丹参、车前草、牛膝、甘草等，可明显减轻血管炎引起的肢端坏死症状，对溃疡的修复有明显的促进作用。根据我们的体会，静滴丹参注射液或脉络宁，也有较好的临床效果。对病情进展快、内脏损伤严重的病人，可在使用激素的基础上加用养阴清热中药如生地、知母、黄柏、山药、首乌、石斛、麦冬等，不仅能较快地控制症状，而且对减少激素用量、降低激素副作用的发生均有帮助，从而使激素的撤除比较顺利。

（4）合并骨质疏松：正常情况下，成骨和破骨两个过程都在不断地进行并不断取得平衡。在成长发育期，成骨大于破骨，骨量增加，骨骼生长。随着年龄增长，尤其进入老年期以后，随着体内性激素水平的降低，破骨作用超过了成骨作用，骨量减少，容易发生骨质疏松。

类风湿性关节炎病人本身可在破骨因子的作用下，促进骨的吸收和胶原分解，使骨量减少，引起骨质疏松，尤其是在长期接受肾上腺皮质激素治疗后，骨质疏松发生的机率和程度均会相应增加。因为糖皮质激素不但能明显增加破骨细胞的数量和作用，而且还能影响成骨细胞的发育和分化，降低成骨细胞的合成和增生能力。据一组接受强的松每日超过5mg以上

治疗的类风湿性关节炎患者的调查，5 年内椎骨骨折的发生率高达 34%。绝经后患有类风湿性关节炎的妇女，接受强的松平均每天 7mg 治疗后，8 年间椎骨骨折的发生率为未使用过的 2 倍，髋部的骨折发生率亦高于对照组 2 倍。由此可见，年龄越大，病程和激素治疗史越长，其发生骨质疏松的程度和由此引起的后果也越严重。因此，加强类风湿性关节炎病人骨质疏松的预防和治疗措施，对改善肢体功能、防止并发症的发生具有积极意义。

由于骨质疏松病人临床常无明显症状，或在出现轻度负重疼痛后不被注意，只有少数病人在发生病理性骨折后方引起重视和进行治疗。在诊断方面，80 年代以前人们普遍采用的 X 线摄片检查，因敏感性差，一般在骨量丢失 30%左右时才显示骨松的改变，加上摄片条件的前后不一，故以片像难以作出早期诊断和评定疗效。进入 90 年代，通过开展单光子或双光子骨量测定以及双能 X 线骨矿物量测定、骨密度检查等，对早期骨质疏松提供了较为可靠的诊断依据，为进行早期防治奠定了基础。

针对骨质疏松发生的机理，类风湿性关节炎并发骨质疏松的治疗，应该从成骨和破骨两个过程的平衡上进行着手。在当前的治疗措施中，人们往往多注重参与成骨过程中钙剂和维生素 D 的补充，从而忽视破骨过程中破骨因子的作用。但类风湿性关节炎并发骨质疏松是因破骨过程加速，以破骨过程占主导地位，因此，并发骨质疏松后是否应该给予钙剂，尚存有争议。有人认为，类风湿性关节炎既然以破骨占主导地位，治疗必须以控制病情发作为主，减少破骨因子的作用。若病情反复发作，破骨因子活跃，即使是积极补钙，也未必能够补得上。根据我们的临床观察，类风湿性关节炎并发骨质疏松后，在积极控制病情的基础上补充钙剂是十分必要的，但一定要补充活性钙，并同时给予维生素 A、D、E 胶丸。因为骨头形成以后，并不是一成不变的，而是处于一个一面吸收、一面形成的动态变化之中，积极补充活性钙剂和维生素 A、D、E 胶丸，不仅能明显改善病人的肠钙吸收，而且对提高矿物质和基质的比例均有重要作用。

祖国医学虽没有“骨质疏松”这一病名，但从其理论基础上可以看出，骨质疏松的发生与肾虚关系密切。因为肾主骨、生髓，肾精不足，则骨枯而髓少。因此，采用中医补肾填精、补骨生髓的治疗方法可明显改善类风湿性关节炎合并骨质疏松症的症状。如刘传珍等以辨证分型的方法对 72 例老年类风湿性关节炎所致骨质疏松症进行临床治疗观察，脾肾阳虚型用羌活、独活、桂枝、威灵仙、淫羊藿、川芎、苁蓉、牛膝、川乌、骨碎补、薏苡仁、蜈蚣、小白花蛇；肾虚瘀滞型用鹿角霜、鹿衔草、仙茅、淫羊藿、申姜、炮甲片、当归、桃仁、红花、苏木、蕲蛇、全蝎；肝肾阴虚型用生地、知母、白芍、桂枝、秦艽、鳖甲、麦冬、当归、丹参、骨碎补、补骨脂、地鳖虫、炙蜂房。并设对照组 35 例，用萘普生 0.2g，每日 3 次口服。结果两组分别缓解 21 例、3 例；显效 30 例、16 例，有效 16 例、9 例，无效 5 例、7 例。中药组治疗后不但对晨僵、握力、关节疼痛、肿胀、20m 步行时间等症以及血沉、类风湿因子、免疫球蛋白、补体 C_3、循环免疫复合物等化验检查的改善明显优于对照组，而且治疗后放射线和骨密度的改变亦发生明显改善，与对照组相较，统计学有显著性差异。

（二）系统性红斑狼疮某些特殊情况的处理

1. 合并感染

目前有许多临床和实验研究提示本病可能与慢性病毒感染有关。因为病毒感染不仅能改变细胞表面的抗原和 DNA 的结构，而且也可引起系统性红斑狼疮特异性的细胞免疫反应降低。有人应用电子显微镜，对系统性红斑狼疮病人的皮肤、血管内皮、淋巴细胞以及肾脏组

织进行观察，发现在这些组织中有“病毒包涵体”。有人还发现了麻疹病毒、风疹病毒、副流感病毒、腮腺炎病毒等的感染。还有人通过动物实验发现给 NZB 小鼠感染 C 型 RNA 白血病病毒后能产生类似系统性红斑狼疮的病变。尽管目前还没有从病人的组织细胞中分离出完整病毒，但感染学说仍日益为广大医务工作者所关注。

感染不仅在发病中占有重要地位，而且还是系统性红斑狼疮最常见而重要的促发因素和并发症，且为系统性红斑狼疮死亡的常见原因之一。除系统性红斑狼疮疾病本身易遭受感染外，尚有许多原因均可诱致感染发生，如糖皮质激素的治疗、细胞毒药物的应用、尿毒症、肾病综合征、继发于中枢神经系统和狼疮肺的肺换气功能减退、食物不足或营养不良等，均是容易引起感染的因素。常见的感染性疾病以肺炎、肾盂肾炎、败血症、咽部化脓性炎症为主，最常见的致病菌有金葡菌、奴卡菌、假单胞杆菌、变形杆菌、隐球菌、结核杆菌和巨细胞病毒等。对长时间大量使用糖皮质激素和免疫抑制剂的病人，尤其在使用冲击疗法治疗后，还应特别警惕是否合并有条件致病菌或真菌的感染，因为此类感染多为医源性造成，而且临床常无症状或表现很轻，故常被人们所忽略，而使病情变得更加错综复杂化。

系统性红斑狼疮多因免疫功能紊乱，机体抵抗力降低，或长期使用糖皮质激素及免疫抑制剂后，造成感染，而感染又造成疾病本身的恶化，形成恶性循环。因此，有效地控制感染，在系统性红斑狼疮的治疗中具有重要意义。对疑有病毒感染者，当以中医中药治疗为主，可给予复方大青叶合剂、抗病毒口服液。或结合辨证治疗措施灵活用药，也可静脉给予清开灵、双黄连注射液静脉滴注。或结合应用病毒唑 0.4～1.0g 静滴，每日 1 次；有明显细菌感染时，应参照细菌培养、药物敏感试验选用大剂量有效的抗生素进行治疗。并在药物的选择上应注意选用对肾脏无毒性或毒性小的药物。然而，最常用而有效、毒性低的青霉素族类抗生素本身会诱发狼疮恶化，此时，应全面权衡用药后的利弊与得失，充分估计和预测是感染对系统性红斑狼疮的危害大，还是抗生素对系统性红斑狼疮恶化的危害大，如果患者对青霉素有迟发过敏反应，则青霉素的危害大，反之则可试用青霉素以观察治疗后的反应。解决这一矛盾的另一方法是换用其它抗生素，如氟哌酸、氯霉素、洁霉素等；对合并有真菌感染的患者，可适当选用克霉唑、制霉菌素、酮康唑、大扶康等。但这类药物对肝肾的毒性较大，易加重原发病，故用药时应慎重。

2. **合并妊娠**

动物试验证明，性激素可诱发系统性红斑狼疮动物的病情活动或使之恶化，可使全身各脏器尤其是肾脏、心脏病变加重，且妊娠后以及在分娩时，又可加重这些脏器的负担，因此，妊娠和分娩对系统性红斑狼疮的病情均有一定影响。大部分患者一般在妊娠后第 1 个月至产后 16 周内病情加剧。据统计，患者妊娠后，疾病活动的发生率要比妊娠前高 1 倍，分娩后疾病活动例数比妊娠前增加 4.5 倍，在妊娠期及产后疾病活动及恶化者可占 58%，因此，对系统性红斑狼疮患者的妊娠和分娩持慎重态度是非常必要的。

系统性红斑狼疮患者妊娠期病情恶化常与其临床类型、妊娠前病情活动性以及是否进行免疫监测和适当治疗有关。一般而言，皮肤关节型的恶化率显著低于肾病型及有较重心、脑、血液、神经系统损害者；妊娠前病情极轻或持续缓解 3 年以上者，其恶化率显著低于病情活动及缓解不到 3 年者；定期进行免疫监测及适当治疗者，病情恶化率则显著低于未定期监测和未治疗者。由于活动性系统性红斑狼疮母体存有免疫缺陷，妊娠后母体对胎儿可发生种种异常免疫反应，当该免疫反应超过一定限度时，既可危及胎儿，发生流产或早产，又可加重

孕妇病情。因此，对系统性红斑狼疮处于活动期或进展期的病人，或有严重肾病以及较重的心、脑、血液、神经系统损害者，都应及时施行人工流产等补救措施，且在流产后一方面要加大皮质激素用量，并在以后的3～6周内增加原维持糖皮质激素的用量；另一方面必须密切随访，注意疾病活动的指征，一旦临床和实验室检查提示病情有恶化时，应立即加强治疗措施。

临床对允许保留妊娠的系统性红斑狼疮患者，也即无严重内脏损害或过去虽曾有轻度的心、肾、血液、神经等系统的损害，但病情稳定已连续超过3年以上以及无明显内脏损害，应用糖皮质激素维持量每日在10mg以下；缓解期在1年以上者，除应定期进行免疫指标的化验（如抗核抗体、抗DNA抗体、蛋白电泳、免疫球蛋白定量等）外，还应定期检查抗磷脂抗体、血沉、血小板、出凝血时间、部分凝血活酶生成试验等凝血指标，并在病情出现变化时，及时恰当地给予糖皮质激素治疗，以促使孕妇病情稳定。对妊娠前一直服用糖皮质激素稳定者，孕后仍应继续口服强的松每日5～15mg，这样既可稳定病情，又可减少流产或早产率，且不影响胎儿的生长发育。切忌对服用激素有顾虑，自行停药，以免造成不良后果。若要保证系统性红斑狼疮患者顺利安全地度过妊娠分娩期，除了严格掌握保留妊娠的指征，病人应定期在风湿科、产科等专科门诊同时随访外，对病情活动者，可适当选用强的松或氢化可的松治疗，尽量避免使用地塞米松和倍他米松，因为强的松和氢化可的松这两种药物可经胎盘内11-β脱氢酶的作用而灭活，故对胎儿少有影响，而该酶对地塞米松和倍他米松的灭活作用很弱，故对胎儿影响较大，不宜选择应用。一般强的松用量以每日20～30mg为宜，根据病情的稳定程度，可逐渐减量至每日5～15mg的维持量，如病情恶化，应适当增量为维持量的2～4倍，确需大剂量控制病情时，应充分考虑激素给母体带来的危险以及对胎儿生长发育的不良影响，必要时应尽早终止妊娠。

近年来，免疫抑制剂如环磷酰胺、硫唑嘌呤等已较多应用于系统性红斑狼疮的治疗，且常与维持量的糖皮质激素合用，对控制病情有协调作用。但是，免疫抑制剂对胎儿的生长发育具有重要影响，据统计，采用烷化剂治疗的系统性红斑狼疮孕妇，对胎儿的致畸率高达5%。且还发现，应用免疫抑制剂后的新生儿，淋巴细胞有暂时的减少，免疫球蛋白的合成明显降低。因此，为保证新生儿的安全，系统性红斑狼疮患者妊娠期应禁止使用免疫抑制剂，以免造成胎儿畸形。抗疟药氯喹虽能治疗系统性红斑狼疮的皮肤损害，但该药服用后在体内分布以眼色素层浓度较高，能否致胎儿眼部损害，有待进一步研究。非甾体类抗炎药在病情需要时虽然也可应用，但因能抑制前列腺素合成，致产程延长，故有应用指征，也应在临产或产期中停止使用。对出现抗磷脂抗体阳性者，可在严密观察病情下，给予小剂量阿司匹林等治疗。

前已所述，妊娠和分娩均对系统性红斑狼疮的病情产生重要影响，故对进入临产期的病人，应提早进入产科病房，加强病情观察，在分娩期适当加大激素用量，以防止分娩过度疲劳引起病情恶化。对产后病情恶化的系统性红斑狼疮患者，应及时应用治疗量的强的松，待病情稳定后，逐渐减量，至少维持用药到产后半年以上。由于本病产后恶化率明显高于非妊娠的急性患者，且病情恶化多在产后的6周产生，因此，在分娩后至产后3～6周的危险期内，给予足量的糖皮质激素治疗，常可有效地预防病情恶化，如果在产后2～3天能给予甲基强的松龙1g静脉滴注1～3次，则效果更好。实践证明，由于近年来对系统性红斑狼疮病人的产后采取积极的治疗预防措施，已使产后恶化率由原来的24%降至11%。

总之，对系统性红斑狼疮在确诊后的1～2年内应避免妊娠，亦不宜服避孕药。如果患者有允许保留妊娠的指征，且强的松维持量每日在15mg以下者，可以考虑妊娠，但应告诉患者，在妊娠头3个月容易流产，末3个月及产后易致病情恶化。因此，对系统性红斑狼疮患者，在妊娠及产后6周应严密监视病情变化，如发现临床或实验室检查异常，应及时加大糖皮质激素用量，并在临产期和产后采取积极必要的预防治疗措施。

3. **重叠综合征与混合性结缔组织病**

重叠综合征又称重叠结缔组织病，它是指两种或两种以上风湿病或自身免疫病发生在同一患者身上，也即指同一个患者可同时具有两种或两种以上疾病表现的症候群。如系统性红斑狼疮与皮肌炎或多发性肌炎、系统性红斑狼疮与系统性硬化症、系统性硬化症与多发性肌炎或皮肌炎等；还有经典的结缔组织病与近缘性结缔组织病的重叠，如类风湿性关节炎、系统性红斑狼疮、皮肌炎、硬皮病与干燥综合征、白塞病、慢性甲状腺炎、自身免疫性溶血性贫血等疾病的重叠。因此，要诊断重叠综合征，该患者不仅应符合某一种结缔组织病的诊断标准，而且还应同时具备诊断另一种经典或近缘结缔组织病的足够证据。

在以系统性红斑狼疮与其它风湿病相重叠的重叠综合征中，由于系统性红斑狼疮与其相重叠的风湿病都与免疫功能异常有关，因而在病理损害和临床表现方面均较其单一疾病更为复杂，病情也更为严重，其预后也较单纯的系统性红斑狼疮差，容易反复发作，病情多呈进行性发展，治疗亦较困难，许多中西药物都爱莫能助。且在治疗过程中还容易出现相矛盾或相抵触的情况，如系统性红斑狼疮与系统性硬化症相重叠时，糖皮质激素作为系统性红斑狼疮的首选药，应用时提倡足量，尤其是在伴有多脏器损害和多种免疫异常时，更应如此；而系统性硬化症的治疗则是以青霉胺、秋水仙碱等抗纤维化为主，由于糖皮质激素对系统性硬化症的内脏损害无明显疗效，故糖皮质激素仅在出现皮肤水肿、骨骼肌炎症和浆膜炎时，作为一种对症处理措施，且主张小剂量应用。因此，对系统性红斑狼疮与其它风湿性疾病相重叠的处理，既要注意治疗用药必须兼顾相重叠各种疾病，不可偏废，又要注意个体差异，对每一病例的治疗方案都应慎重决定。一般在综合权衡糖皮质激素利弊关系、选择恰当剂量的基础上，可考虑加用免疫抑制剂及中医辨证论治。其它辅助治疗，包括左旋咪唑、消炎痛、维生素C、维生素E以及钾和钙等，也应考虑这些药物对免疫反应的优缺点及药物正副作用与病变的关系。

混合性结缔组织病是同一患者同时具有系统性红斑狼疮、系统性硬化症与多发性肌炎或皮肌炎3种疾病的混合表现，但又不能分别独立确诊为其中任何一种疾病。其临床特点为雷诺氏现象、关节炎、肌炎、面手肿硬，较少侵犯肾脏，血清中可检出高滴度的抗核糖蛋白(RNP)抗体，对糖皮质激素比较敏感，预后较好。因本病与不全型的重叠综合征相类似，故也有人将其归入重叠综合征中，被认为是重叠综合征的一个类型。随着人们对本病认识的不断深入和长时期的临床观察，发现有些混合性结缔组织病患者可演变为典型的系统性红斑狼疮或典型的系统性硬化症，预后也并不像以前所说的那样乐观，因此，有人认为混合性风湿性疾病很可能是系统性红斑狼疮或系统性硬化症的阶段性表现。

由于混合性结缔组织病肾损害的发病率较低且轻，对糖皮质激素的治疗反应良好，故预后也较系统性红斑狼疮为好。一般在发病早期应用非甾体类抗炎药和小剂量糖皮质激素，多能控制病情的发展，但出现严重的系统性损害时，当参照系统性红斑狼疮的治疗给予大剂量激素，或合用环磷酰胺治疗。

随着雷公藤在治疗类风湿性关节炎、强直性脊柱炎、系统性红斑狼疮等结缔组织病的成功，雷公藤也逐渐扩展至用于治疗重叠综合征和混合性结缔组织病，并取得了一定的临床效果。如上海中山医院用复方雷公藤制剂分别治疗重叠综合征Ⅰ型16例和重叠综合征Ⅱ型21例，有效率分别达62.5%和85.7%，对混合性结缔组织病的疗效可达90%以上。表明雷公藤对本类疾病的作用机制是多方面的，它不仅与抗炎和免疫调节密切相关，而且还与增强肾上腺皮质功能、改善微循环、调节血清微量元素比值等作用有关。尽管雷公藤有多方而的药理作用，但由于重叠综合征和混合性结缔组织病均比其单一的结缔组织病病情复杂，治疗颇为棘手，关于其治疗，一直令中外医家大伤脑筋，加之雷公藤在治疗中的毒副作用，故选用雷公藤治疗时，最好采取慎重态度。

四、抗风湿药物在风湿性疾病中的应用

（一）抗风湿药物的临床分类

抗风湿药物不仅种类繁多，就其常用者已逾数十种，而且在分类方法上存在着很大差别。一般常根据药物的化学结构、作用和作用机理，大致划分为以下几类：

1. 非甾体类抗炎药

又称非类固醇抗炎药或非激素类抗炎药。因本类药物除了有明显的抗炎和抗风湿作用外，还有较强的解热镇痛作用，故通常又称为解热镇痛药。本类药物尽管其化学结构各不相同，但都能抑制前列腺素的生物合成，即它们都能通过抑制环氧酶，减少前列腺素合成，减弱前列腺素在炎症过程中的作用而发挥抗炎、抗风湿作用。由于本类药物对正常体温几乎无影响，久用不易成瘾，不抑制呼吸，且能较为迅速地缓解风湿性疾病的关节肿痛和发热症状，故常作为抗风湿治疗的一线药物或首选措施。但是，本类药物对风湿性疾病的免疫病理过程不发生根本性影响，因而它们仅可缓解风湿病的症状，不能根治，也不能阻止病程发展及某些并发症的发生。

2. 肾上腺皮质激素

又称甾体类抗炎药，本类药物在改善病情方面的作用虽无定论，长期应用可产生严重不良影响，但它们强大的抗炎、镇痛和抗免疫作用是其它任何抗风湿药物所无法比拟的。因此，风湿性疾病在许多情况下，尤其是出现危重症后，合理应用肾上腺皮质激素，常能迅速缓解症状，并能有效控制病情进展，但在具体应用时尚需根据病人的具体情况，采取最有效的剂量和方法，以达到临床最大疗效与最小副作用之间的协调平衡。

3. 病情改善药物

主要包括抗疟药、青霉胺、金制剂、柳氮磺胺吡啶等。由于本类药物可对部分风湿性疾病的免疫病理损伤具有抑制作用，因而它们能有效地阻止或延缓病情进展，而对病情具有改善作用。又因大多数的病情改善药服用1～3个月才开始出现疗效，6～12个月疗效显著，因此，它们又被称为慢作用药物。

4. 免疫抑制剂

许多风湿病的发生和发展与自身免疫反应相关，故应用免疫抑制剂可用于治疗风湿性疾病，并可取得不同程度的临床效果。目前常用的免疫抑制剂主要为细胞毒类药物，如环磷酰胺、硫唑嘌呤、甲氨喋呤等抗肿瘤药。由于本类药物对机体细胞的杀伤和对机体免疫反应的抑制选择性差，即在杀伤异常免疫细胞和抑制病理性免疫反应的同时，也杀伤正常的免疫细胞和抑制生理性免疫反应。因此，为了发挥本类药物的治疗效果，减少其毒副作用，对药物选择、药物剂量以及用药方式和时间的选择上均应权衡利弊，合理应用。

5. 其它

抗痛风药物（如秋水仙碱、别嘌呤醇、丙磺舒、痛风利仙、苯磺唑酮等）以及中药雷公藤片、雷公藤多甙片等，对某些风湿性疾病也有一定的治疗作用。

在以上常用的抗风湿药物中，非甾体类抗炎药和雷公藤的应用方法可分别参照类风湿性关节炎治疗和雷公藤的现代研究与应用等章节，为防内容重复，本节不再列人讨论内容。

（二）常用病情改善药在风湿性疾病中的应用

改善病情药物虽不像甾体和非甾体抗炎药那样能迅速缓解类风湿性关节炎的症状，且起效慢，毒副作用大，但可调整免疫异常，控制病程进展，减慢或逆转关节侵蚀，起效后维持作用时间长。因此，单用本类药物时缓解率不高，若与其它抗风湿药物合用，则可提高缓解率。对本类药物的使用，过去一直主张先用非甾体抗炎药物效果不佳时，作为二线药应用，但通过近年大量的临床资料证实，类风湿性关节炎病程越短，疗效越好。因为在类风湿性关节炎发病2年之内的滑膜炎期，骨质尚未被破坏，合理使用改善病情药物，有可能完全阻止疾病进展；反之，延误治疗，一旦出现关节破坏，则难以促使病情逆转，给病人带来灾难性的后果。因此，目前认为，类风湿性关节炎的诊断一经确立，就应尽早而不失时机地应用改善病情药物，即在应用非甾体类抗炎药的同时，合用1种或1种以上的改善病情药。

1. 青霉胺

（1）作用机理和适应症：青霉胺为含巯基（—SH）氨基酸，是重金属的解毒剂，因其巯基可使类风湿因子（RF）免疫复合物的二硫键（SH—SS）解聚．故可抑制免疫球蛋白IgG、IgM的生成，减少免疫复合物的形成，从而有效地降低类风湿因子的浓度。其次，类风湿性关节炎病人体内含铜量增高，且其血清铜的浓度往往与病情活动性相平行，而青霉胺能络合铜，为铜的有效螯合剂，故可使血清铜浓度降低，从而有效地控制病情进展。因此，青霉胺主要适用于活动性类风湿性关节炎，或类风湿性关节炎的关节外表现（如血管炎、类风湿性肺疾病、类风湿性结节病、淀粉样病变等）以及幼年类风湿性关节炎的骨病变。另外，青霉胺还可抑制胶原纤维的交叉联合，解离巨球蛋白，干扰胶原分子的连锁，因而具有抗纤维化作用，故近年又常用于系统性硬化症的早期，可减轻皮肤硬化，改善肺功能，延长生存期。对于血清阴性脊柱关节病，如强直性脊柱炎、牛皮癣性关节炎、赖特氏综合征等，应用青霉胺无效。

（2）用药方法：青霉胺的副作用较大，且发生率高，因此，用药时应以试探用药、缓慢加量为原则，或一直给予小剂量，直至临床症状缓解或发生药物反应为止。一般开始时给予每日125mg口服，1周后每日增加125mg，直至每日500～750mg，6个月获得临床和实验室改善后，给予维持量。其维持剂量和时间应随病情而定，一般每日125～250mg，维持1～2年。使用本药时，应注意空腹服用，且在治疗开始必须与其它抗风湿药物（如非甾体抗炎药）联合使用。

（3）副作用及其防治：青霉胺副作用的发生常与其用药的剂量和时间有关。近年国内多采用小剂量长期服用的方法，实践证明其疗效并不比大剂量疗法低，且副作用明显减少。主要的不良反应及其防治如下：

①胃肠道反应：如食欲减退、恶心呕吐、腹痛腹泻等，若保持小剂量，当耐受性增加时逐渐加量，可使之减轻或避免。对出现味觉减退或消失、口腔溃疡者，可试用维生素B_6和铁剂治疗。

②过敏反应：如急性发热、皮肤瘙痒和皮疹等，严重时可发生疱疹性皮炎。停药并用抗组织胺类药物防治有效。

③血液系统损害：偶见骨髓抑制，可见血小板减少、粒细胞减少等，严重者可发生再生障碍性贫血，必须停药并给予激素治疗。

④肝、肾功能损害：可出现血清转氨酶增高、蛋白尿、管型尿等，通常在减药或停药后自行恢复，或辅助保肝治疗。如蛋白尿在用药4个月后发生，并有免疫复合物沉积，只要肾功能正常，仍可继续用药。

⑤对于临床罕见的重症肌无力、天疱疮、多肌炎、系统性红斑狼疮、肺出血肾炎综合征等副作用，也应引起高度警惕。

2. **金制剂**

（1）作用机理与适应症：实验证明，金化合物可对炎症的许多环节发生作用，故能减轻急慢性炎症引起的各种关节症状，并能抑制免疫，因此，临床主要用于严重进行性的多关节型类风湿性关节炎和幼年类风湿性关节炎，也可用于伴周围关节病变以及复发性风湿病等。其主要作用机理：①可降低毛细血管通透性，减少炎症部位的炎性细胞数，抑制多形核白细胞和吞噬细胞的趋化性能和吞噬活性；②稳定溶酶体膜或直接抑制溶酶体酶；③防止蛋白变性；④高浓度的金制剂还可结合免疫球蛋白、类风湿因子和补体，并可抑制部分补体的活性，因而同青霉胺一样，对类风湿性关节炎的免疫病理发生作用，从而对病情产生致缓解作用；⑤抑制前列腺素系统而发挥抗炎、消肿及镇痛作用。临床观察，许多病人在病情缓解，骨侵蚀减缓的同时，其血沉、C反应蛋白、类风湿因子、免疫球蛋白等均有不同程度的减低或恢复正常。

（2）常用制剂和用法：常用的金制剂有注射剂和口服剂两类。注射用金制剂主要有硫化葡萄糖金和硫代苹果酸金，二者含金量均为50%，且疗效相当，由于二者肌注时均易引起注射处硬块肿痛，故在使用时宜臀部深处肌肉注射。一般用法是：第一周10mg，第二周25mg，以后每周50mg，直至病情改善或总量达1g后，根据病情可每隔2～4周用药1次，维持量可每次或每月50mg。口服金制剂以金诺芬为代表。金诺芬又名瑞得，为天津中美史克公司生产的一种口服金制剂，它与注射金相比较，疗效较注射金稍低或相当，但副作用小，而且服用方便。金诺芬每片含硫葡金3mg，一般剂量为每日2片，可在早饭后和晚饭后各服1片，或在早饭后顿服2片即可。若每日用量大于6mg，则改善症状更快，每日小于2mg时，则抗风湿效果差。金制剂的疗程常无明显时间限制，如无明显毒副反应可长期应用。

（3）毒副作用及其防治：金制剂的毒副作用与青霉胺大致相同，因此，在使用时应避免与青霉胺同用。其主要毒副作用有：

①胃肠道反应：多发生于口服金制剂后，如胃脘不适、大便次数增多等。

②皮肤粘膜损伤：如皮炎和口腔炎可见于80%的金治疗的患者，其皮损形态可多种多样，变化无端，类似多种皮肤病。

③肾脏损害：可出现一过性蛋白尿和境下血尿，随用药剂量增高其发生率增高，少数病人可发生肾病综合征或肾功能不全。

④血液系统损害：可出现嗜酸性粒细胞增多，而中性粒细胞和血小板减少，严重者也可发生再生障碍性贫血。

⑤血管舒缩反应：可出现眩晕、恶心、呕吐、汗出、面部潮红以及全身虚弱感。

⑥其它：如味觉有金属味，全身肌肉关节僵硬、肿胀、疼痛以及眼角膜炎或金质沉着等。

对金制剂毒副作用的处理，通常在症状轻微或在用药初期出现时，无需治疗，如服用瑞得初期，少数病人可出现一些轻微的药物不良反应，最常见的是大便次数略增加，呈软便或稀便，不伴腹痛，或出现皮疹、瘙痒等，这些症状通常是轻微和短暂的，而且随用药时间的

延长以及机体的适应能力增强会自行消失，故不需停药或减量。但对症状明显，全身中毒反应较重者，停药后可自行缓解，对极个别停药后不能缓解，或血液、肾脏等损害严重的病人，应及时就诊，在医生指导下调整治疗方案，可考虑应用糖皮质激素和其它螯合剂治疗，如青霉胺、二巯基丙醇、乙酰半胱氨酸等。

3. **氯喹**

(1) 作用机理和适应症：氯喹是40年代初期用来治疗疟疾的一种喹啉类药物。50年代初期随着本类药物用途的不断扩大，有人用于治疗风湿类疾病，同样获得良好效果。其主要作用机理为：

①抑制中性蛋白酶和胶原酶，减少破坏性血管翳形成，从而减低关节软骨的损伤，并可使类风湿性关节炎病人的乳胶试验转阴或滴度降低。

②抑制多形核白细胞的浸润及其趋化性和吞噬作用，并抑制纤维母细胞的生长和抑制结缔组织的包裹。

③稳定溶酶体膜，控制溶酶体酶的释放，减少组织胺和血清素的释出，并与前列腺素发生竞争性DNA结合，从而降低血清前列腺素含量而发挥抗炎作用。

由于氯喹能明显抑制自身免疫病的免疫异常，并具抗炎作用，因而临床主要用于治疗盘状红斑狼疮、系统性红斑狼疮、类风湿性关节炎以及幼年类风湿性关节炎。亦有人用于治疗强直性脊柱炎、牛皮癣关节炎等，但疗效尚难确定。本类药物起效慢，用药6周以上，甚至半年以上才获满意疗效。本药可与非甾体抗炎药或糖皮质激素合用，而从增强疗效，减少药物的毒性和剂量。

(2) 服用方法：氯喹被认为属改善病情药，每片剂量为0.25g，通常每日0.25～0.5g，分2～3次口服，症状缓解后可逐渐减至半量维持治疗。也有人初用时起始剂量为0.125g，1周后增至每天0.25g，维持1年以上。氯喹在用药后1～2个月开始生效，随着治疗时间延长，效果逐渐增加，如用药半年以上仍无效者，应改用其它药物。

(3) 毒副作用及其防治：氯喹毒副作用的发生率和严重性各病例不尽相同。主要毒副作用及防治为：

①眼部病变：表现为易疲劳、发胀、压迫感、飞蚊症等。角膜检查可发现有点状物沉着或斑块状物，严重者可出现视网膜炎，患者感觉怕光，视力减退，视野缩小，复视和夜盲。由于眼部病变的发生通常与用药时间长短及药量有关，故在氯喹治疗期间，除最好戴上有色眼镜外，还应每2～3个月定期用裂隙灯检查角膜，用眼底镜进行眼底镜检和视野检查，发现角膜氯喹沉着明显或出现视物模糊时，应及时停药或减量。对视网膜炎的早期症状，可及时用氯化铵、大量维生素C、硫酸软骨素、二巯基丙醇等，以促进氯喹的排泄，并加用肾上腺皮质激素、蛋氨酸、碘化钾、组织疗法以及维生素B_1、B_{12}、B_6和维生素A等，或用中药防治。

②消化系统可有食欲下降、恶心呕吐、上腹不适和便秘等；神经系统有头晕、耳鸣、嗜睡、乏力、情绪改变和肌无力等。此时用酸性药如大量维生素C、大枣汤或硫酸软骨素、稀盐酸和胃蛋白酶等同服，以减少氯喹的胃肠道和神经系统的毒副反应。

③心血管病变较少，以心肌病变为主，可出现心动过缓、心律紊乱及传导阻滞等。宜口服氯化钾防治。

④血液系统受累，有白细胞或血小板减少、贫血等，少数病人可出现肝功能或肾功能损害，当血中白细胞少于4.0×10^9/L和肝区疼痛或转氨酶升高时，氯喹用量可减为半量或停服。

⑤极个别病人出现过敏反应与急性中毒时，当立即进行抢救措施，如输血、应用升压药、吸氧等，脱敏可用氢化考的松、异丙嗪 、苯海拉明等。

4. **柳氮磺胺吡啶**

（1）作用机理与适应症：柳氮磺胺吡啶是磺胺吡啶与5-氨基水杨酸的偶氮化合物，兼有抗炎和抗菌双重作用。作为抗风湿药物应用于临床已有50余年的历史，疗效与青霉胺、金制剂相当，并可与其它抗炎药物合用，以增加疗效，降低药物副作用的发生。本品的作用机理未明，很可能与下列3种因素有关：

①抑制环氧酶和脂氧酶，抑制粒细胞的趋化作用及肥大细胞的脱颗粒作用，从而有效地发挥抗炎作用。

②抑制免疫复合物及类风湿因子的合成，抑制淋巴细胞增殖，大剂量还可抑制NK细胞活性，因而对免疫具有调节作用。

③抑制二氢叶酸合成酶而阻止叶酸代谢。

本品主要适用于治疗类风湿性关节炎和强直性脊柱类以及幼年类风湿性关节炎、赖特氏综合征、肠病性关节炎或反应性关节炎等。

（2）用药方法：柳氮磺胺吡啶有片剂和栓剂两种，片剂每片0.25g，栓剂每粒0.5g。柳氮磺胺吡啶对强直性脊柱炎、赖特氏综合征、肠病性关节炎或反应性关节炎的治疗方法大致与类风湿性关节炎相同。通常采用小剂量开始，逐渐增加剂量的方法，即第1天0.25g顿服，若无过敏反应，于次日开始，每次0.25g，日3次口服，此后每周增加0.25g，当增至每次1.0g，日3次口服后，即不再增加药物剂量，可给予维持治疗较长时间，3～6个月有效后再逐渐减量。也有人采用第1周以0.25g，每日3次；第2周以0.5g，每日2次；第3周以0.5g，每日3次；第4周起用1.0g，每日2次。维持每日2g的剂量治疗1年左右。因该药起效时间也需2～3个月，故用药早期需与非甾体抗炎药并用。由于本品可能对性腺有抑制作用，故用于治疗幼年类风湿性关节炎时应予引起注意。

（3）毒副作用及其防治主要如下：

①泌尿系统损害：表现为腰痛、蛋白尿、血尿、结晶尿，严重者可出现血清尿素氮和血肌酐升高等肾脏损害，应鼓励患者多饮水，并保持每日摄入一定量水分或用等量碳酸氢钠碱化尿液，以促进排泄。

②过敏反应：可出现皮疹、药物热或血清病样反应等过敏现象。一旦发现过敏反应，应及时停止用药，并用抗组织胺药治疗。

③血液系统反应：偶致粒细胞缺乏、白细胞减少、血小板减少、再生障碍性贫血及急性溶血性贫血。故在用药期间应定期查血，出现血液系统损害应停药并加用糖皮质激素治疗。

④消化系统可有胃脘不适、恶心、呕吐、食欲不振等；中枢神经系统反应可出现头晕、乏力、精神不振等，一般不必停药，可给予相应的对症处理。

（三）免疫抑制剂在风湿性疾病中的应用

凡对机体免疫反应具有抑制作用的药物，统称为免疫抑制剂。由于风湿性疾病的发生与发展大多与自身免疫反应有关。因此，当免疫反应引起机体生理功能紊乱和出现组织损伤时，就往往要求使用免疫抑制剂。由于目前常用的免疫抑制剂多为细胞毒类药物，可通过杀伤不同细胞周期的细胞而抑制免疫反应，也即对机体正常细胞的杀伤和对机体免疫反应抑制的选

择性差，对机体异常的免疫亢进发生抑制的同时，往往对机体正常的免疫细胞发生杀伤作用。因此，使用本类药物时，除了严格掌握适应症、用药剂量和疗程以及注意患者用药的个体差异性外，为提高疗效，使药物毒性控制在最低范围之内，还应加强用药期间的毒性监测，包括定期复查血、尿常规及肝肾功能的改变，毒性一旦发生，应立即停药并对症治疗。本类药物短期应用对改善风湿性疾病的症状作用不大，故在用药期间也应与非甾体抗炎药或糖皮质激素联合应用。

1. **环磷酰胺**

（1）作用机理与适应症：环磷酰胺对免疫反应的各个阶段均有抑制作用，是最有效的免疫抑制剂之一，其主要作用机理是抑制 T 及 B 淋巴细胞，而对 B 细胞的杀伤或抑制作用较 T 细胞更显著，也即通过杀伤和干扰 B 细胞的数量和功能，进而抑制抗体的产生，降低免疫球蛋白的生成量。本品对类风湿性关节炎、多发性肌炎和皮肌炎有效，尤其是对应用激素治疗的患者，在单用激素无效或依赖激素时，加用环磷酰胺常可有效。本药对系统性红斑狼疮及狼疮性肾炎临床表现的控制虽不如激素迅速，而且毒性较大，但与糖皮质激素合用时，不但能明显改善病人的发热、皮疹、关节痛等症状，而且还常使蛋白尿减轻或消失，抗 DNA 抗体水平下降，补体 C_3 水平升高。近年来采用的大剂量冲击疗法对控制某些严重的系统性红斑狼疮如红斑狼疮危象、狼疮性脑综合征以及狼疮性肾炎伴有肾功能恶化等，常常有效。但能否延长生存期目前仍存有争议。

（2）用药方法：环磷酰胺的常用量通常为每日每公斤体重 2～3mg，口服或静脉注射。冲击治疗时，多采用环磷酰胺 0.8～1.2g，间隔 3～4 周静脉滴注 1 次，总量用至 6～8g 后，延长为 3 个月滴注 1 次，数次后再延长至 6 个月 1 次。视病情确定维持治疗时间。

（3）毒副作用及其防治：环磷酰胺的主要毒副作用为：

①抑制骨髓，可致白细胞和血小板数目显著减少。

②抑制性腺功能，长期应用不可避免地破坏生发上皮。用药 1 年以上的妇女可致永久性停经，男子则精子减少。

③消化道反应，如恶心、呕吐、腹胀、腹泻等。

④脱发，常与剂量相关。

⑤影响肝肾功能，如血清转氨酶升高、蛋白尿，偶致黄疸。由于对膀胱的刺激作用，可在部分病人中发生出血性膀胱炎。

⑥个别病人可诱发肿瘤，如白血病、膀胱癌等。

对治疗中出现上述不良反应的患者，轻者可不予处理或对症治疗，严重时应及时停药，并加强对症处理措施，注意多喝水，每月复查血、尿常规和肝功能等。

2. **硫唑嘌呤**

（1）作用机理与适应症：硫唑嘌呤是一种嘌呤拟似物，是抗白血病药物 6-巯基嘌呤的衍生物。硫唑嘌呤在体内失去咪唑基而转变成 6-巯基嘌呤，从而增强了免疫抑制作用，减少了毒性。其用于抗风湿治疗的主要作用机理为：硫唑嘌呤作为核糖核苷酸、硫代次黄嘌呤核苷酸掺入 RNA，干扰了嘌呤核苷酸的生物合成，从而影响或抑制了 T 及 B 淋巴细胞的增殖，减少免疫球蛋白的合成，并能抑制单核细胞分泌细胞因子。因此，本品抗风湿病的主要适应症为类风湿性关节炎、多发性肌炎和皮肌炎、牛皮癣性关节炎以及系统性红斑狼疮等。

（2）用药方法：硫唑嘌呤每片 100mg，常用量为每日每公斤体重 1.5～2.5mg，分 3 次饭

后服用。

（3）毒副作用及其防治主要如下：

①骨髓抑制引起白细胞和血小板减少。

②消化系统反应，如恶心、呕吐、食欲减退、腹泻及口腔炎等。

③肝脏损害：可出现黄疸、肝功异常，甚至发生中毒性肝炎，如有肝功能不全者应慎用。

④偶见高尿酸血症，可并用别嘌呤醇治疗。

对应用硫唑嘌呤治疗的病人，应定期复查血、尿常规及肝肾功能；一旦出现毒副反应，应当停药或减量，并配合对症治疗。

3. **甲氨喋呤**

（1）作用机理与适应症：甲氨喋呤是一种叶酸拟似物，可竞争性地与二氢叶酸还原酶结合，使二氢叶酸不能还原成四氢叶酸，进而干扰叶酸正常代谢过程，使脱氧核苷酸及DNA合成发生障碍，影响细胞的正常增殖周期，从而发挥免疫抑制和抗炎作用。临床主要用于治疗类风湿性关节炎、多发性肌炎和皮肌炎、牛皮癣性关节炎、系统性红斑狼疮、强直性脊柱炎、赖特氏综合征、肠病性关节炎及多动脉炎等，但尤以对类风湿性关节炎的疗效最为理想。

（2）用药方法：甲氨喋呤片剂，每片0.25mg，一般每次10～15mg，每周1次口服；针剂，每支5mg，每次10～20mg，每周1次肌注或静注，疗程一般在24周以上。也有人采用从小剂量开始，每周递增到一定剂量维持的方法，同样取得良好效果，具体方案为：第1周5mg，第2周7.5mg，第3周10mg，第4周为15mg，最大量不超过每周25mg，对类风湿性关节炎的治疗最大量以不超过每周10mg为宜。维持4～8周后，再以每周2.5mg的速度递减，至每周5mg维持半年。

甲氨喋呤口服法、肌肉注射法与静脉注射法疗效相似，不同的是静脉注射法吸收完全，血浆浓度高，生效快，而口服和肌肉注射吸收稍差，但其吸收率也达75%以上，疗效维持时间长。

（3）毒副作用及其防治：

甲氨喋呤副作用的发生，皆由抗叶酸正常代谢的结果，故毒性较大，临床可表现以下多个方面：

①胃肠道反应有恶心呕吐、纳差、舌炎和口腔、咽以及颊部粘膜溃疡、腹泻、肠炎等。

②骨髓抑制：可出现粒细胞和血小板减少以及贫血等，严重者可出现全血象减低。

③抑制性腺功能，可致性功能低下、女性月经不调等，妊娠早期用药，易致畸胎或死胎。

④末梢神经炎，如出现手足麻木、偏头痛等。

⑤脱发和色素沉着。

⑥长期大量应用可致肝、肾损害及巨幼红细胞性贫血，偶见间质性肺炎。

为了防止甲氨喋呤可能出现的毒副作用，对原有肝炎的患者，要慎用或短期应用，并应禁酒。有巨幼红细胞贫血，或较严重的末梢神经炎患者，可服叶酸治疗。妊娠期的患者至少应停用本品半年以上，以防发生畸胎。对全身不良反应严重者，除立即停药外，还可以甲酰四氢叶酸钙来对抗，每次6mg，每日1次肌肉注射。

4. **环孢素A**

环孢素A是一种真菌性的环状多肽，其抗风湿作用的主要机理在于抑制辅助性T淋巴细胞产生细胞因子，如白细胞介素-2、白细胞介素-1等，从而抑制B淋巴细胞，影响体液免疫，

因此，环孢素 A 作为一种新型的免疫抑制剂，被广泛应用于某些风湿性疾病的治疗，如系统性红斑狼疮、类风湿性关节炎等。但因其毒副作用大和停药后易复发，在临床应用上尚存有争议。近年来的许多研究证实，环孢素 A 能影响肾血流动力学，并可通过抑制多形核粒细胞介导的抗肾小球基膜损害而减少蛋白尿，因此，本品特别适用于狼疮性肾炎的治疗。尤其是狼疮性肾炎在激素治疗无效的情况下，加用环孢素 A 可使尿蛋白减少，通常治疗 4 周后起效，长期持续使用效果好，约用 2～3 个月可使 24 小时尿蛋白定量显著下降或转阴，停药 1 个月后尿蛋白又反复出现，但在减停药前加用环磷酰胺冲击治疗，可有效防止环孢素 A 停药后的复发。

环孢素 A 的常用量为每日每公斤体重 4～5mg，分 2 次口服，3 个月后开始逐渐减量，每月根据病变，每日每公斤体重减少用量 0.5～1.0mg，最后以最小剂量维持治疗。本药的主要不良反应有高血压、多毛以及肝肾毒性，部分病人可有胃肠道反应，但在治疗过程中配合对症处理，大多可以耐受。

（四）糖皮质激素在风湿性疾病中的应用

1. 糖皮质激素的生理药理作用以及治疗风湿性疾病的作用机理

糖皮质激素由肾上腺皮质束状带所分泌，是维持人体正常机能活动的必需物质。其生成和分泌受促皮质激素的调节，并通过负反馈而抑制促皮质激素的分泌，使糖皮质激素的分泌保持一个动态的平衡。成人一昼夜由肾上腺皮质所分泌的氢化可的松约为 15～30mg，此即机体的激素生理剂量，这种生理剂量的糖皮质激素主要影响糖、蛋白质、脂肪等物质代谢过程，从而长期维持生理需要而对机体不产生任何副作用。如果给机体以超过生理剂量的激素，则会表现出和生理作用完全不同的效应，如抗炎、抗免疫、抗毒、抗休克以及调整血液系统等作用，这种超生理剂量下产生的作用即为激素的药理作用。临床就是利用这种超生理剂量的药理作用来治疗各种疾病的。

许多风湿性疾病的发生发展大多与免疫介导的炎症反应和由炎症造成的组织损伤有关，而糖皮质激素兼有抗炎和抗免疫的双重作用，因而对某些风湿性疾病具有一定的治疗作用。其治疗作用机理除其本身所具有的强烈抗炎作用外，还对免疫过程的许多环节均有抑制作用，主要表现在下列几个方面：

（1）抑制巨噬细胞对抗原的吞噬和处理，用药后能诱导一种蛋白质，它可改变细胞膜的性质和功能，从而稳定细胞膜、阻碍吞噬作用的进行，并能防止吞噬小囊内移和融合，阻止次级溶酶体的形成，减低处理抗原能力。

（2）阻碍淋巴母细胞增殖，加速免疫活性淋巴细胞的破坏和解体，不仅可使中枢淋巴器官的 T 及 B 细胞减少或消失，而且还可使外周血淋巴细胞数目减少，并能促进淋巴细胞移行到血管以外的其它组织。

（3）小剂量主要抑制细胞免疫，大剂量抑制体液免疫，可通过影响辅助 T 细胞的转化间接或直接地抑制浆细胞合成抗体，使抗体生成减少。

（4）干扰补体参与免疫反应，因而对免疫反应引起的炎症具有较强的抑制作用。

由于糖皮质激素对风湿性疾病虽能迅速缓解其临床症状，但不能根治，且停药后易复发，长期应用又可产生严重不良反应，故应用时必须采取综合治疗，不宜作为首选药或单独应用糖皮质激素。

2. **常用药物及选用原则**

临床常用的糖皮质激素通常按抗炎作用强度以及药物半衰期而分为短效、中效和长效三种。人们最先用于临床的是由动物肾上腺皮质分离出来的可的松和氢化可的松，由于它们在大剂量或长时间服用时，对机体物质代谢影响大，副作用多，因此，临床应用受到一定限制。为了增强糖皮质激素的治疗效果，减少副作用，人们逐渐通过化学的方法进行了多种可的松衍生物的合成，并通过临床验证、筛选，发现这些人工合成的皮质激素衍生物具有许多优点，它们不仅抗炎效价提高，盐代谢作用减少，而且副作用发生的程度和机率也明显降低，因而被广泛用于各种疾病的治疗。目前临床常用的有10多种，现把国内常用的几种糖皮质激素的抗炎效价、半衰期以及等效剂量列表如下（表3—4—1），以供临床选择用药时参考。

表3—4—1 常用糖皮质激素药物比较表

类别	药物	抗炎作用	糖代谢	水钠潴留	等效*剂量（mg）	半衰期（t½）	
						血浆t½（分）	生物t½（时）
短效	氢化可的松	1.0	1.0	++	20	80～100	8～12
	可的松	0.8	0.8	++	25	30	
中效	强的松	4	3.5	+	5	60	12～36
	强的松龙	4	4	+	5	200	
	α-甲基强的松龙	3～5	5	0	4	200	
长效	地塞米松	25	30	0	0.75	300	6～54
	倍他米松	25	30	0	0.6	300	

* 等效剂量所列均为各制剂每片含量，应用时可作为口服剂量对换时的参考。

选择糖皮质激素进行治疗时，一般应遵循下列原则：在疾病急性发作期，尤需短期突击治疗时，可选用地塞米松等长效制剂；一般活动期或需长期维持治疗时，宜选用中效制剂，如强的松、强的松龙等，尤其肝功能障碍者，以选用强的松龙为好；大剂量冲击治疗时，可选用α-甲基强的松龙，也可用地塞米松或氢化可的松。

3. **临床应用**

糖皮质激素在不同的风湿性疾病，其选择的剂型和用药方法不同，同一种风湿性疾病，因其所处的阶段和程度不同其用药的选择也有所差异，因此，对每一种风湿性疾病选择糖皮质激素治疗，都不是一个固定的模式，都必须根据病人的具体病情而灵活掌握，从药物剂型、剂量到用药方法、疗程都必须因人而异。临床适用于糖皮质激素治疗的风湿性疾病常有以下几种情况：

（1）系统性红斑狼疮：糖皮质激素是治疗系统性红斑狼疮的主要药物，尤其在其它药物疗效不佳或全身重要器官受损的情况下为首选药物。由于糖皮质激素的分泌受促肾上腺皮质激素的调节，有昼夜节律性，故从时效关系方面看，以每4小时给药1次疗效最好，但副作用大。反之，采用每日或隔日1次给药，副作用虽少，但疗效也最差。从药物容易控制的剂量看，应用短效激素较应用长效激素更容易，因此，对临床轻度活动的狼疮病人或应用非甾体抗炎药如阿司匹林等治疗无效时，强的松、强的松龙仍为首选制剂，长作用的地塞米松一

般不用。且激素最好开始为小剂量，每日 20～30mg 或更小剂量，以达到控制病情为目的。如无效或激素减量过程中出现反跳，强的松可加至每日每公斤体重 1～2mg，症状缓解后迅速减量。总之，激素的剂型、剂量以及给药方法的选择应以达到最佳临床效果与最小副作用为目的。

对系统性红斑狼疮累及重要脏器或系统，尤其在危及患者生命的时候，应用中小量激素已无济于事，必须给予足量的大剂量激素，以有效迅速地控制病情。如弥漫增殖型肾脏损害，经其它治疗不见好转，或出现器质性脑综合征、局灶性脑组织损害、抗惊厥治疗无效的癫痫、严重的急性溶血性贫血、血小板减少以及皮肤、视网膜、胃肠道严重的血管炎和肺部损害、狼疮危象、严重心肌炎等，都应给予大剂量激素治疗，一般强的松每日用量均在 80～100mg 以上，或给予 10～15mg 地塞米松静脉滴注，起效后逐渐减量。除晚期以硬化型为主要表现的狼疮性肾炎外，均可在机体条件允许的情况下考虑冲击治疗。冲击治疗的方法有以下 3 种：

①α-甲基强的松龙 1.0～1.5g，加入 5%葡萄糖溶液内，2 小时静脉滴注完毕，每日 1 次，连用 3 日后，改服强的松每日 40～60mg，待病情缓解后逐渐减量；或以 α-甲基强的松龙 0.2～0.8g，加入 5%葡萄糖溶液 250ml 中，1～1.5 小时静滴完毕，连用 1 周后，改服强的松每日 40～80mg，病情缓解后逐渐减量。

②氢化可的松首剂 200～300mg，静脉滴注，每日量可达 1.0g 以上，一般 3～5 天为 1 疗程，疗程结束后给予强的松维持治疗。

③地塞米松每日 75～150mg，静脉滴注，连用 3 日后给予强的松口服维持，常用维持量为每日 30～60mg，也可根据病情而定。

（2）多发性肌炎和皮肌炎：糖皮质激素治疗有效，目前仍作为治疗本病的首选药物。一般在疾病的早期或急性期，主张大剂量应用，以尽早控制病情，强的松或强的松龙每日可用至 40～80mg，对伴有呼吸肌麻痹、间质性肺炎和心包炎的患者，激素用量可加大至每日 80～100mg。治疗 2～3 个月后无效时可增加剂量或用 α-甲基强的松龙冲击，常用量为 1.0g，加入生理盐水 500ml 中静滴，3 天为 1 疗程，连用 3 疗程后改用维持量。慢性者，治疗时间需更长，治疗时，血清酶可作参考。多数患者连续治疗 3～6 个月肌力方明显改善，维持治疗常需 1～2 年。由于地塞米松等含氟激素为卤化激素，易引起类固醇肌病，加重原有病情，长期应用常导致治疗的失败，因此，即使在全身症状较严重的情况下，也应避免应用这类药物，以防激素性肌病的发生。

（3）各种血管炎：包括结节性多动脉炎、韦格内氏肉芽肿、过敏性紫癜、大动脉炎、超敏性血管炎、风湿性多肌痛及颞动脉炎、白塞病等。一般开始剂量为强的松每日 40～60mg，疗效不好还可加大剂量，或给予地塞米松每日 5～10mg，加入液体静脉滴注。如果病情严重，也可采用 α-甲基强的松龙进行冲击治疗，每日 1g 静脉滴注，连用 3 天，然后改用小剂量维持。疗效不理想时可合用细胞毒类药物。

（4）风湿热急性活动期并发心脏炎者：由于激素的副作用较多，故对于一般的风湿热病例仍应首选水杨酸制剂治疗。但对急性风湿热活动期，病情严重者，尤其是合并中度至重度心脏炎的患者，为了防止因病情活动对心脏的不可逆损伤，多主张选用糖皮质激素治疗。一般强的松每日 40～60mg，儿童每日每公斤体重 1～2mg，分 3～4 次口服，待体温及白细胞计数、血沉、抗“O”等降至正常后，可逐渐减量，最后以每日 5～10mg 的维持量治疗 1～2 个月。

（5）类风湿性关节炎：具有明显的全身症状或关节外症状较突出以及斯蒂尔氏病、费尔蒂综合征等，均可根据病情灵活应用。在类风湿性关节炎早期滑膜炎期，有人认为使用短效、小剂量的激素，如强的松、强的松龙每日 10mg 以内，可发挥有效的病情改善作用。

（6）其它：如混合性结缔组织病、干燥综合征以及某些儿童的风湿性疾病，均可在综合治疗的前提下，选用恰当的糖皮质激素治疗。

总之，临床使用激素，收效与否多和疗程的长短、用药方法是否正确有关。然而用药方法和疗程的选择又往往取决于疾病的性质、病情的轻重、自然病程的长短以及治疗反应和目的等因素，因此，对不同的疾病，应选择不同的给药方法和疗程，有时虽为同一种疾病，用药方法也不同，使用时一定要结合病人的具体情况，正确权衡用药利弊，决不可生搬硬套。只有这样，才能最大限度地发挥治疗作用，又避免了副作用的发生，使激素在治疗各种风湿性疾病中收到最满意的效果。

4. 糖皮质激素常出现的副作用及其防治措施

长期应用超生理剂量的糖皮质激素可影响全身多系统的功能，严重时可致残或带来生命危险，主要表现在以下几方面：

（1）糖、蛋白质、脂肪及水盐代谢紊乱，表现为类柯兴氏综合征的临床症征，如向心性肥胖（俗称满月脸，水牛背）、皮肤变薄或有紫纹、多毛、痤疮、无力、低血钾、浮肿、高血压、高血脂、糖尿及骨质疏松等，其症状出现的快慢和程度与个体差异、性别、用药剂量和疗程有关。故需较长时间使用时，尤其大量使用激素者，可采用每日或隔日一次给药法，以减少此并发症的发生。即使发生，程度也轻，一般也无需特殊治疗，停药数月后症状和体征逐渐消退或恢复正常。用药期间也可给予低糖、低脂、低盐、高蛋白、高维生素饮食，或给予促蛋白合成激素、钙剂、维生素 D 等，并适当加强体育锻炼及对症处理措施。如发现高血压，可应用降压药治疗；发现糖尿病，可应用降糖药治疗。

（2）胃肠道有上腹部不适、疼痛、呃逆、反酸、呕吐，严重者可诱发或加重胃、十二指肠溃疡，导致出血或穿孔，故对风湿病患者合并有活动性消化道溃疡者禁用或慎用。已出现消化道症状，又必需糖皮质激素治疗者，可加用抗胆碱和制酸药物，或加用抗溃疡药物如 H_2 受体阻滞剂等以对抗消化性溃疡和胃酸过多。有消化道出血者，应及时撤减或停用糖皮质激素，并应用止血药。对合并穿孔者，及时手术治疗。

（3）减弱机体防御疾病的能力，从而有利于病原微生物的生长繁殖及扩散，容易引起继发感染，或使原有的感染加重，也可使体内隐性感染病灶扩散，如不能及时控制，有的还可能发展成败血症，甚至造成严重后果。尤其是激素很容易掩盖感染症状，常被人们所忽视和引起误诊。故对风湿性疾病合并有明确的感染征象时，一定要选用敏感的足量的抗生素治疗，并耐心倾听病人的主诉症状和定期做全面的体格检查及化验检查，做到早发现，早治疗。

（4）精神神经症状，可见欣快、激动、失眠，并可诱发精神病、癫痫，大剂量时可致惊厥。对于仅有轻度精神兴奋症状的病人，可给予适量的镇静安神药治疗，如安定、佳乐定口服，或辨证使用中药的镇静安神剂。出现精神病症状或并发癫痫时，应及时应用抗精神病药或抗癫痫药，并相应减少或撤除糖皮质激素用量。

（5）影响人体内分泌系统。长期应用激素后，可通过负反馈机制抑制丘脑下部和脑垂体前叶分泌促肾上腺皮质激素，使内源性糖皮质激素分泌减退，导致肾上腺皮质萎缩，并对抗生长激素的作用，抑制儿童骨骼生长，对孕妇可引起胎儿畸形。为防止肾上腺皮质功能不全

的发生，一方面应减少激素维持量，采用隔日疗法或冲击疗法，并及早停药，另一方面停药时可连续每日给予促肾上腺皮质激素 25～50 单位，肌肉注射，连用一周。为防胎儿畸形的发生，可短期小剂量应用半衰期短的糖皮质激素，如强的松、强的松龙等，病情控制后及时撤减。

（6）其它：如影响伤口愈合，可引起股骨头缺血性坏死以及眼压增高、青光眼、白内障等。因此，一般来说，除绝对适应症及某些疗效较肯定的疾病，如系统性红斑狼疮、多发性肌炎和皮肌炎外，激素治疗不应当是最早的治疗，而应该是最后的措施，凡能用其它疗法控制的疾病或症状，不到万不得已，就应该避免使用，做到能不用则不用，能小剂量用就不大剂量用，能短期用就不长期用。

5. 撤减、停用糖皮质激素的方法以及防止反跳所采取的补救措施

应用糖皮质激素治疗风湿性疾病，不可能永无止境地长期大剂量使用，在病情控制或稳定后，大多数病人需要减量面从治疗阶段转为减量阶段，最后逐步过渡到维持阶段直至停用。在撤减或停用糖皮质激素的过程中必须谨慎，以免出现减药综合征和疾病的反跳现象。所谓减药综合征，又称停药综合征或激素的戒断症状，它是指病人在减量过快或突然停用激素后出现一些原来没有的症状，主要表现为情绪低落，无欲状态，疲乏无力，或体温增高，恶心呕吐，以及肌痛、关节痛、肌强直等，少数病人可致虚脱。所谓反跳现象，是反映某些病人使用糖皮质激素治疗后，症状可以完全控制或缓解，但因突然停药或减量过快过大，引起原发病复发或恶化的现象。停药综合征和反跳现象的发生均系激素撤减过快或停药，引起下丘脑—垂体—肾上腺轴系统暂时性机能紊乱所致，因此，对于病情已得到控制或稳定，而需要撤减激素的病人，可根据病情和经验作具体减量方案，但一定要遵循下列的原则和治疗方法：

（1）以大剂量减至中等剂量宜快，以中剂量减至小剂量宜慢，以小剂量减至维持量更慢，常需 4～6 个月。

（2）减量要有耐心，一般每月减少的量不应超过每日总量的 5%，尤其在维持阶段减量时，有时每月仅减少 1～2mg，也是值得的。

（3）对确实需要长期使用糖皮质激素的疾病，如系统性红斑狼疮等，应尽快地逐渐减量到最小维持量，若激素用量已减少到每日 5mg，或隔日服 10mg 水平时，也不可盲目停用，至少应观察治疗 3～5 年或更长时间后，可在应用其它疗法和加强综合治疗的前提下，试行停服。

（4）为减少复发，顺利减量，在激素减量过程中，可合用抗疟药或免疫抑制剂以及雷公藤等，或采用激素的隔日疗法。

（5）从中医理论看，激素为阳药或属温肾壮阳类药物，临床长期大量使用后出现的副作用，大多类似中医的阴虚阳亢证。临床实践也证实，根据辨证的原则加用滋阴补肾中药，如生地、玄参、知母、山药、天冬、麦冬等，既可滋阴潜阳缓解阳亢症状，又可抑制免疫，从而减轻激素的副作用。相反，撤减或停用激素时，临床多出现形寒肢冷、手足不温等脾肾阳衰或阴阳两虚的征象。因此，为了使病人安全地度过减量阶段直至停用，也可加用温补脾肾的中药，如巴戟天、菟丝子、肉苁蓉、枸杞子、淫羊藿、补骨脂等，也可加服中成药如金匮肾气丸等。

（6）对临床出现反跳现象或停药综合征的病人，应当及时恢复原来使用激素的种类和用量，加强对原发疾病的病因和对症治疗，待临床症状平稳后，再缓慢减量，逐步过渡到试验停药。

五、雷公藤的研究现状与应用

雷公藤系卫茅科雷公藤属的一种植物，又名黄藤、断肠草、菜虫药、八步倒、山砒霜等。其同属亚科植物为昆明山海棠。主产于长江流域以南的各个省区，尤以湖北、湖南交接山区较多。因本品有剧毒，过去一般外用，主要作为农药，用以杀虫、灭孑孓、灭螺、毒鼠等，不作中药使用，故绝大多数中医药文献中未予收载。

60 年代末至 70 年代初，福建省三明地区第二医院首先采用雷公藤根煎剂治疗类风湿性关节炎 155 例，其有效率为 87.74%。论文发表后，引起社会各界的广泛重视。1974 年，湖北省洪湖县医院采用雷公藤带皮全根的复方制剂“黄藤合剂”治疗类风湿性关节炎亦获显著疗效。后经广泛推广，重复验证 500 余例，雷公藤对类风湿性关节炎的疗效，总有效率在 91～95%之间。在 1974 年～1988 年间，湖北省洪湖市中医院以雷公藤全根的多种制剂治疗各种风湿类疾病达 15 万之多，成为国内最有影响的临床应用单位。在疗效肯定后，逐渐扩展至全国各地且以不同制剂在临床广泛应用。当今，雷公藤的研究已在世界范围内的各个不同学科广泛开展，如在化学成分研究、临床应用以及基础学科等方面的研究，均取得了可喜成就。国外医学界的一些专家、学者对此也已产生浓厚的兴趣和关注。

（一）雷公藤的性味、归经和功用

据大多数文献记载，雷公藤味辛、苦（或微苦）、性凉，有大毒；但亦有不少医家通过临床观察认为其性温，反映了该药药性的复杂性。李瑞琳等曾以寒热为辨证纲领，采用辨病与辨证相结合的方法，统计分析了用雷公藤治疗类风湿性关节炎 732 例的治疗效果，近期总有效率为 97.54%，其中寒偏胜型 382 例，有效率 97.56%；热偏胜型 161 例，有效率为 97.51%；寒热错杂型 243 例，有效率为 97.53%，三型有效率间统计学处理无显著差异。由此说明，雷公藤一药可能具有“寒”、“热”二气的药性。故对临床表现为寒热不同的病证均具有双向调节作用。

根据《滇南本草》对昆明山海棠“入肝脾二经，行十二经络”的记载，结合本属植物性味功效相似，故雷公藤的归经亦应以入肝脾经为主，兼入肾经，行十二经络。因此，其功能为清热解毒，祛风除湿，舒筋活血通络，消肿止痛，杀虫止痒。临床主用于跌打损伤、风湿痹痛、历节风、疔疮疖肿、皮肤瘙痒，以及虫蛇咬伤、烧伤等。

（二）有效成分和治疗机理的研究

随着人们对雷公藤化学成分研究的不断深入，雷公藤的应用也逐步由传统的水煎剂向提取单一有效成分过渡。雷公藤的生药和粗提制品，如煎剂、酊剂、酒剂、冲剂、糖浆剂等，尽管临床应用最普遍，但因所含成分众多，使用的是多种复合成分，故在药物质量控制方面，不易掌握其有效成分和毒性成分的比例，难以保证用药的安全性。况且雷公藤治疗类风湿性关节炎的有效量与中毒量非常接近，使用安全范围小，超过一定剂量容易发生中毒甚至死亡。因此，开展化学成分研究，尤其是进行有效成分的分离和提取，不仅能明显提高临床治疗的效果，而且对控制药物的质量、提高用药的安全性均具有重要意义。

从 30 年代至今，已从雷公藤属植物中分离得到的化学成分，主要有生物碱 28 个、二萜

化合物 33 种、三萜化合物 31 种、甙类 14 个、倍半萜 36 个、微量元素 11 个等，共计达 150 多种，另外还有许多氨基酸、鞣质、色素等。在已知的这些成分中，所含有效成分最多的当属二萜类化合物，其次为生物碱、三萜类以及多甙和微量元素等。在目前临床常用的雷公藤分离提取后的产品中，主要有雷Ⅰ和雷Ⅱ2 种，其中雷Ⅰ以湖北黄石产的雷公藤片为代表，雷Ⅱ以江苏泰州产的雷公藤多甙片为代表。在这两种代表药物中，因有效成分含量高，故对类风湿性关节炎的有效率也最高，应用也最方便。其有效成分中，最主要的有以下 6 种：

（1）雷公藤内酯醇：又称雷公藤甲素，为雷公藤中含量最多的一种成分，也是雷公藤主要的毒性成分之一，有抗炎、免疫抑制、抗肿瘤、抗生育等多种作用，在雷公藤片中，此种成分的含量不应超过 33μg。

（2）雷公藤内酯三醇：为治疗类风湿性关节炎的主要有效成分之一，专事抗炎，而没有其它的任何作用。

（3）16-羟基内酯醇：有强烈的抗炎作用，同时还有免疫抑制和抗雄性作用。

（4）雷公藤内酯酮：为雷公藤除甲素以外的主要毒性成分，现已证明，它具有抗炎、免疫抑制和抗雄性作用，控制二者含量，对安全合理用药具有重要意义。

（5）雷公藤内酯醇乙：即雷公藤乙素，它具有毒性小、抗炎和免疫抑制作用强的特点，但其含量较少。

（6）雷公藤绿内酯醇：为雷公藤有效成分中作用最强、副作用最小的一种活性成分。其强烈的抗炎、免疫抑制作用通常为多甙成分的 100～200 倍，但其含量也最少。

雷公藤多甙片即是在雷公藤主要的 6 种有效成分中，把具有毒性作用的毒性成分（主要为雷公藤甲素和雷公藤内酯酮）分离出去，因而其副作用小，疗效强，大大提高了临床用药的安全性。

（三）药理作用

1. 抗炎、镇痛作用

雷公藤有良好的抗炎作用，无论是煎剂、酒剂，以及醋酸乙酯提取物都能显著降低毛细血管通透性，减轻炎性渗出，故对佐剂性关节炎以及由巴豆油诱发的关节肿胀均有明显的预防作用。通过其抗炎作用与垂体一肾上腺皮质功能关系的实验观察，雷公藤还能显著改善肾上腺皮质的功能，通过兴奋垂体--肾上腺皮质系统而与肾上腺皮质激素达到协同的抗炎效果。因此，李玉敏等认为，患者长期服用雷公藤不必担心像应用激素类药物那样有累及肾上腺皮质萎缩之弊。根据张宝恒、易仲杰等人对雷公藤镇痛作用的实验报道，雷公藤有强烈的镇痛作用，其总碱含量 300mg 约相当于盐酸吗啡 5mg 的镇痛效应，且使用后可明显提高实验小鼠的痛阈值，镇痛作用缓慢而持久。

2. 免疫抑制作用

雷公藤对细胞免疫和体液免疫都有作用，实验证明，其对参与体液免疫作用的 B 细胞的增殖无明显影响，它抑制抗体的作用，也主要是通过抑制辅助性 T 细胞而间接达到抑制抗体的生成。因为胸腺依赖性抗原诱导的体液免疫应答，需要有辅助性 T 细胞参与，辅助性 T 细胞可合成白细胞介质 2，白细胞介质 2 能诱导、激活 B 细胞产生抗体。因此，雷公藤在临床上表现出来的对体液免疫应答的抑制作用，很可能是通过抑制辅助性 T 细胞的功能而间接体现的。

3. 免疫调节作用

许多的临床和实验资料表明，雷公藤在小剂量短期应用时，可使胸腺细胞增生，使细胞免疫功能增强，并增强 NK 细胞的杀伤作用；但大剂量长时间应用后，则对细胞和体液免疫均呈现抑制作用。还有资料报道，雷公藤的双向免疫调节作用可能是多方面的，其所含众多成分对免疫的调节作用也不相同。如李乐真等在实验研究中观察到，雷公藤总生物碱对DNCB致敏后连续给药 10 天，小鼠的细胞免疫功能呈现抑制作用，而雷公藤内酯醇，连续给药 10 天，则明显增强小鼠的细胞免疫功能；但对体液免疫、内酯醇却呈现明显抑制作用，充分证明了中药成分的复杂性。

4. 抗肿瘤作用

雷公藤中的二萜类化合物和生物碱均有明显的抗肿瘤作用，尤其对白血病的白细胞呈现出明显的抑制或杀灭作用，这种抑制作用和大多数抗癌药一样，主要作用于增殖期细胞，其生化基础在于影响 DNA 的合成与复制。

5. 杀虫与抑菌作用

雷公藤的水煎液、醇及醚的提取物喷洒能杀苍蝇、蚊子、蛆等，能毒死老鼠，且对梨叶星毛虫及卷叶虫具有毒杀能力。其高浓度的多甙成分还对金葡菌、枯草杆菌及 607 分枝杆菌具有较强的抑制作用。

6. 抗生育作用

雷公藤对人体的生殖系统具有重要作用。男性患者在服药 3 个月以上时，可明显抑制、减少精子的生成；但对第二性征、性欲以及性功能无明显影响。女性患者长期使用后，可使患者阴道粘膜萎缩、子宫内膜增殖期改变，最后导致闭经。

（四）雷公藤在风湿性疾病中的应用

1. 常用剂型与治疗类风湿性关节炎的疗效观察

雷公藤属慢作用、缓解性、免疫抑制药物。临床应用常根据提取加工方法的不同而分为以下几种剂型。

（1）煎剂和酒剂：雷公藤开始用于治疗类风湿性关节炎时，以水煎剂和酒剂为主。常采用雷公藤全根（包括根皮）或根茎木质部（根去皮）切成碎片文火水煎（宜先煎 1～2 小时）。一般全根用量每日 10～15g，不超过 15g；根茎木质部用量较大，每日 20～40g，水煎后分 2～3 次饭后服用，或辨证地与其它中药合煎，疗效更佳。雷公藤酒剂以本品 250g，加水 2500ml，煎至 1000ml，加冰糖或白糖 250g，白酒 1000ml，每次 15～25ml，每日 3 次。为提高临床疗效，有时还常用加入其它中药的复方雷公藤酒剂，使本病疗效更加得以巩固和提高。如韩尚苍等以本药茎、根干品 25～45g，文火水煎 3～4 小时，早晚饭后分服，治疗活动期类风湿性关节炎 102 例，其总有效率和显效率分别为 98％和 82.4％。大多数病人于服药后 5 天内关节红肿热痛减轻，功能改善，血沉下降。且在本组病例中常用强的松者 85 例，用消炎痛者 46 例，服本药后均可顺利停用，表明本药有消肿、消炎、止痛等激素样作用。

李家增等使用雷公藤茎枝干品 20～30g，文火煎 3～4 小时，为成人 1 日量，儿童酌减。连续服药至症状消失后半月，改为隔 2～3 日 1 剂，并逐渐停药。服药半月症状无改变者视为无效。共治 60 例，平均住院 3～4 个月，结果痊愈 17 例，显效 20 例，好转 19 例，无效 4 例。本药对急性期疗效明显，但对明显的关节畸形疗效差。

李志铭等以雷公藤为主组方，结合中医辨证论治治疗类风湿性关节炎100例，临床控制41例，显效35例，好转20例，无效4例，总有效率达96%。90%以上血沉明显下降或转为正常，类风湿因子阴转率为67%。在100例病例中，偏热型62例，予自拟除蒸理顽汤加减：青蒿、桑寄生各30g，地骨皮20g，生黄芪、防己、乌梢蛇、钩藤、地风皮各15g，防风、羌活、独活、白术、地龙、当归各12g，红花8g，雷公藤10～15g；偏寒型21例，予自拟驱寒理顽汤加减：制川、草乌各12～15g，桂枝、雷公藤各10～15g，麻黄、全虫、白花蛇各6g，黄芪、防己、杜仲、补骨脂各15g，防风、羌活、独活、当归各12g，细辛4g；寒热错杂型17例，酌用上两方，部分病人兼服雷公藤片（处方中去雷公藤）40～80mg，每日3次饭后服。

董时富等采用雷公藤酒治疗115例，并设对照组42例，采用强的松每日15～30mg，消炎痛每日75～150mg，结果表明：雷公藤组和西药对照组的疗效分别为90.43%和92.86%，表明雷公藤疗效并不逊于强的松。

刘景聚以复方雷公藤酒剂治疗本病155例，其中寒型用抗风湿Ⅰ号酒（雷公藤、青风藤、川乌、当归、桂枝、川牛膝、黄芪、防己、海风藤、红花、甘草）加减；热型用抗风湿Ⅱ号酒（雷公藤、青风藤、生地、黄精、海风藤、秦艽、白木耳、丹参、石斛、忍冬藤、怀牛膝）加减。结果显效60.6%，有效33.6%，总有效率为94.2%。78例治疗前血沉升高者，治后降至正常47.4%，接近正常19.2%，明显下降21.8%；93例治疗前类风湿乳胶凝集试验阳性者，治后转阴者占60.2%。

周林宽曾以自拟五藤汤对101例病人进行疗效观察，基本方：雷公藤6～9g（先煎），青风藤、忍冬藤、海风藤、络石藤各15g，蕲蛇、白芥子各10g，蜈蚣3条，淫羊藿12g，当归、鸡血藤、生黄芪各30g。阴盛型加桂枝、细辛、制川乌、制草乌；阳盛型加生地、鹿衔草；湿阻型加苍术、白术、生薏苡仁、陈皮。水煎分3次服，日1剂。1月为1疗程。2疗程后，临床治愈21例，显效53例，好转8例，总有效率为81%。

崔美德以雷公藤复方治疗，药用雷公藤（去皮洗净，晒干，切片，首用5g，连服3日适应后，逐渐加大剂量至25g，均先煎2小时），红花8g，甘草10g（后下），白花蛇2条（研极细末兑服），水煎每日1剂，加少许白糖趁热服，7剂为1疗程。治疗100例，结果显效21例，有效76例，无效3例。

（2）酊剂或糖浆剂：酊剂的制法一般为：将雷公藤全根晾干后切成2～3mm薄片，取125g泡于46～60度白酒1000ml中，搅拌后将容器封闭，两周后过滤使用，成人每次服10～15ml，不超过20ml，日服3次。糖浆剂的制法为：取与煎剂等量的生药进行水煎，所得水煎液经浓缩处理后，加入适量糖或蜂蜜或其它赋形剂，使其生药浓度为10%，每次服10～30ml，每日3次。为防霉变，常在药物中加入防腐剂使用。有时还常为减缓毒性，增加疗效而制成复方糖浆。如白人骁等采用12%带皮全根酊对31例病人进行临床观察，并以抗风湿中药酊剂（海风藤、千年健、红藤各10g，白酒浸泡）作对照，用药2周后，雷公藤组的全部观察指标，包括晨僵时间、总炎症指数、双手握力、25m步行时间以及整体功能等的有效率均大于80%，且与对照组相较，全部观察指标的改善均优于对照组，充分显示了雷公藤对本病的疗效。武先民等报道每日口服雷公藤82糖浆（用带皮全根和陈皮等健脾理气、和胃降逆止呕中药，制成“雷公藤82糖浆”，每100ml糖浆中，含生药约17g）60～90ml，治疗类风湿性关节炎106例，并与布洛芬（每日1200mg）作对照，结果雷公藤的疗效明显优于布洛芬，两组治疗后的有效率分别为98.11%和65.22%。严碧玉等用带皮雷公藤2/3，去皮雷公藤1/3，制成15%的雷

公藤酊，每次10～15ml，每日3次饭后服。一般连服3～6个月，病情控制后给予减量维持。共治疗165例，平均服药时间为4.6个月，服药时间最长者为1年半。结果临床缓解18例，显效95例，好转46例，无效6例，总有效率96.4%。其中治疗前有28例正在服用类固醇激素，治疗后除3例未能停用外，余25例均先后停用。李拥等以追黄合剂，药用追风酒（当归、川芎、白芍、羌活、桂枝、香附、川牛膝、杜仲、枸杞、熟地、独活、木瓜、地龙、云苓、大枣、葎拨各15g，红花、三七、蝉蜕各9g，蜈蚣8条，46～60%白酒4000ml，浸泡20日后过滤即成）与黄藤酊（雷公藤全根晾干切片500g，46～60%白酒4000ml，浸泡20日后过滤即成），按1∶1混合而成，每次15～20ml，日3次服，1月为1疗程。共治疗90例，其中急性活动期20例，亚急性期56例，慢性迁延期14例，所有病人治前所用药物，除激素和非甾体抗炎药维持并递减外，其余药物全部停用。经2个疗程后，近期控制18例，显效54例，好转12例，改用其它治疗6例。

（3）片剂或丸剂：这类制剂多为分离提取后的再制品，市售产品主要有黄藤浸膏片、雷公藤片和雷公藤多甙片，患者可根据具体病情按说明服用。但也有不少以雷公藤为主组方制成的复方片剂或丸剂。如严碧玉等对104例老年类风湿性关节炎患者，采用急性期用复方雷公藤Ⅰ号（由雷公藤、黄柏、苍术等制成片剂），慢性期用Ⅱ号（由雷公藤、细辛、桂枝、牛膝、秦艽、黄精、山药、鹿角霜等制成水丸，经薄层扫描等法确定每日平均服雷公藤甲素168.96μg，雷公藤次碱990μg）的治疗方法，结果缓解15例，显效43例，好转38例，无效8例，疗效以Ⅰ、Ⅱ期最好，Ⅳ期最差。

聂志伟等以风湿灵片（雷公藤、黄芪、鹿角胶、秦艽、附子、细辛、蜂房、鸡血藤等）每次4片，日服3次，治疗观察215例本病患者，且以30例给予布洛芬每次0.4g，日服4次作对照组，均30日为1疗程，治疗期间停用其它药物。连服2～3个疗程后，风湿灵片组和对照组的临床疗效分别为：近期治愈112例、4例；显效61例、8例；有效23例、7例；无效19例、11例。二者的总有效率分别为91.2%和63.3%，统计学处理有非常显著的差异。其对关节功能测定、止痛效果、甲皱微循环、红细胞沉降率、免疫功能指标和类风湿滴度等的疗效，风湿灵片组均明显优于对照组。

舒达夫等应用雷公藤醋酸乙酯提取物，每次2片，日3次饭后服，连服3个月为1疗程，通过270例的临床验证，均证实了对本病疗效的确切肯定性，且越在早期治疗，疗效越佳。270例中，近期控制49例，显效101例，好转104例，无效16例，有效率在本病早、中、晚3期的统计分别为100%、94.93%和90%。

陶学濂、张乃峥等采用随机双盲并交叉对照的治疗方法，对70例典型或确诊的本病患者进行临床统计分析，A组：第1疗程12周给予雷公藤多甙片，每日60mg；第2疗程4周给安慰剂（在外观上与多甙片相同）。B组：第1疗程12周先用安慰剂，第2疗程4周给予多甙片，每日60mg。两组人数各为35例。结果第1疗程结束后，A组（多甙组）各项指标的改善以及检查者和患者的自我疗效评价均明显优于B组（安慰剂组）；第2疗程结束后，A组换用安慰剂后，患者在自我评价上表现恶化，除握力外各项临床指标以及检查者评定、血沉等均无明显改变，相反B组在换用多甙片治疗后，患者的关节压痛指数、关节肿胀指数、握力、血沉、类风湿因子以及检查者和患者的自我疗效评价指数均有明显改善。黄传富等以较小剂量的雷公藤多甙片（每日30mg）采用以上相同的对照治疗方法，通过34例病人32周的观察（多甙与安慰剂交换的时间各为16周），取得与上述治疗近乎相同的疗效。A组完成多甙治疗

后，各项观察指标均有显著改善，换用安慰剂后，已改善的各项观察指标又再恶化，接近多甙治前水平；而B组完成安慰剂治疗后，各项指标无显著变化，再经多甙治疗后，各项指标均发生显著改善。

另外，为了减少口服的毒副作用，不少医家还常采用雷公藤外用制剂，如病变关节局部给予离子导入或制成贴膏外贴等，也收到了较好疗效。还有用雷公藤叶制剂治疗本病的报道。如李瑞林采用雷公藤贴膏治疗本病22例的共50个关节，其用药前后的肿痛指数明显好转，且雷公藤贴膏局部的镇痛、消肿作用明显优于临床常用的风湿膏。陈林囡则通过对雷公藤叶提取物与根提取物的疗效比较，证实二者的疗效基本相同。

总之，雷公藤制剂对类风湿性关节炎的疗效是确切肯定的，无论是煎剂、酒剂、酊剂、冲剂、糖浆剂、分离提取物还是生药加工品，也不管是内服还是外用，无论是近期疗效还是远期随访，不管是疾病处于活动期、慢性期还是早期、晚期，该药对类风湿性关节炎的止痛、消肿、功能改善或恢复以及阻断控制病情进展，是其它任何一种抗风湿药物所不能替代的。但从大多数的临床统计资料中可以看出，该药的近期治疗效果明显优于远期，对早期的疗效明显优于晚期。

2. 雷公藤在除类风湿以外的其它风湿性疾病中的应用

随着雷公藤治疗类风湿性关节炎的成功和雷公藤有效成分及药理作用研究的不断深入，雷公藤在临床上的应用越来越广泛，现已广泛用于内、眼、妇、肿瘤、皮肤等各科疾病。尤其是雷公藤的抗炎、镇痛和对免疫功能影响的药理作用，使其在治疗类风湿性关节炎以外的其它风湿病如系统性红斑狼疮、皮肌炎、系统性硬化症、干燥综合征、白塞病、混合性结缔组织病等也有独到之处，甚至有的医家还将它作为治疗的首选药物。

（1）系统性红斑狼疮：长期以来，红斑狼疮被认为是一种难治性疾病，在药物治疗方面虽有多种，但疗效不一，各有特色。诸如：抗疟药中的氯喹、羟基氯喹虽对皮疹有一定效果，但其对胃肠道的影响和视网膜的损害常使病人难以长久坚持治疗；非甾体类抗炎药虽对发热和关节症状有效，却不能有效地阻断疾病本身的免疫病理损害，且其胃肠道等副反应的发生率亦较高；免疫抑制剂，如环磷酰胺、硫唑嘌呤虽对肾脏损害有一定帮助，但其严重的毒副反应，如白细胞减少、骨髓障碍、肝脏损害等更是显而易见。又因它们起效慢，疗程长，常常会出现这样或那样的副作用，故而限制了其在临床中的广泛应用。

再说糖皮质激素，因其有强烈的抗炎、抗过敏和免疫抑制作用，能迅速缓解系统性红斑狼疮急性活动性症状，尤其是急性暴发性狼疮、急性狼疮性肾炎、急性中枢神经系统狼疮、急性自身免疫性贫血及血小板减少性紫癜等危急重症的大量或较大剂量的使用，肾上腺皮质激素常使病情很快缓解而救命。因此，肾上腺皮质激素以其其它任何一类药物无法比拟的治疗作用至今仍作为治疗本病的首选药。但是，由于系统性红斑狼疮病情轻重不同，症状复杂多样，侵犯的主要脏器不一，加上控制本病所需的糖皮质激素用量较大，又需要长期使用，甚至终生服药，因而不可避免地会产生这样或那样的副作用，如代谢紊乱、满月脸、水牛背和各种继发感染等严重危害。许多病人在治疗过程中并不是死于疾病本身，而是死于药物的毒副反应或并发症。糖皮质激素既能救命又能送命的事实已为许多临床工作者所认识。

总而言之，治疗系统性红斑狼疮的诸多药物，虽都可以抑制系统性红斑狼疮的临床表现，但皆具有副作用。而且，抑制本病作用越强者，副作用越大。因此，在治疗过程中必须在控制病情活动和避免药物毒性之间进行细微调节。

国内自70年代开始应用雷公藤治疗系统性红斑狼疮以来，获得满意疗效。据有关资料显示，总有效率可达90%以上，其中显效率约占50%左右。用药一至数周后，不但发热、关节痛、皮疹、淋巴结肿大等临床症状有明显好转，而且肝、肾等内脏器官功能也可有不同程度的改善，且随用药时间的增加，各项化验指标如血沉、抗核抗体滴度、抗双链DNA抗体滴度、循环免疫复合物以及免疫球蛋白等均会随之有所改善。因此，合理应用该制剂，有类似糖皮质激素的治疗效果，故常被人们誉为“中草药激素”。再者，雷公藤与糖皮质激素相比，有激素类似的治疗作用而无激素的副作用，它既不会引起高血压，相反可以治疗高血压，也不会引起满月脸、躯体肥胖、多毛等，更不会导致感染等机体抵抗力下降的情况。从雷公藤的治病机理来讲，雷公藤不但具有抗炎和免疫抑制作用，而且还有免疫增强作用。由于系统性红斑狼疮等自身免疫病的病程均较长，长期大量地使用糖皮质激素，往往会对患者产生难以忍受的严重副作用，且在减量过程中或停药时，容易出现依赖现象，有的患者还会因停减不当导致疾病复发或病情恶化，甚或发生肾上腺危象等，给治疗带来不利影响。然而，雷公藤在这方面却显示了糖皮质激素不可比拟的优点。它不但副作用一般较轻，有些可以自行恢复，而且长期使用后，因机体对药物的适应性，其副作用发生的程度反而比初服时还会减轻或消失，且不会产生药物依赖性，骤然停药也无“反跳”现象，再使用时仍然有效。

需特别指出的是，雷公藤在控制体温、控制病情和改善免疫学指标等方面的作用，均较糖皮质激素弱，且起效也较慢，故在选用雷公藤进行治疗时，必须根据不同的病情选择恰当的用药时机。对病情较轻的病人，如仅有低热、关节痛、皮肤损害等，单用雷公藤即有可能取得满意疗效。有些病人，虽有内脏器官（如心、肝、肾等）的损害，但损害程度较轻或病情活动性已明显改善或控制，也可考虑单用雷公藤治疗。但当系统性红斑狼疮病情明显活动，病人有高热、面部蝶形红斑、血管炎样皮损、关节红肿热痛和累及浆膜、肾、心、肺、脑、肝等重要脏器的表现以及血沉明显增快等情况下，单用雷公藤虽也能取得一定的效果，但因病情进展快，症状重，一般应视病情先给予一定量的糖皮质激素，或皮质激素与雷公藤合并使用，以迅速控制病情，待病情好转，体温下降后，再逐步减少糖皮质激素用量，直至最后单用雷公藤或以糖皮质激素的最小维持量进行治疗。

近年来，国内应用雷公藤治疗狼疮性肾炎也取得可喜进展。有资料表明，雷公藤与皮质激素合用，疗效可提高一倍以上，说明二者具有协同作用。且与单用激素相比，副作用也较小。弥漫增殖性狼疮性肾炎是狼疮性肾炎中较严重的一种类型，死亡率较高，通过采用雷公藤与激素协同治疗，可使死亡率降低，病人的预后得到改善。

越来越多的临床实践证实，雷公藤对治疗系统性红斑狼疮有肯定的近期疗效，主要表现在用药一至数周后在症状、体征方面有明显改善。据报道，其发热、关节酸痛、内脏器官损害等的改善率可达90%以上，且随用药时间的延长疗效愈明显。对实验室指标的改善方面，其对血、尿常规异常和血沉增快等的改善率可达95%以上，γ-球蛋白与抗双链DNA抗体滴度增高、血清补体C_3降低等也获得明显改善。对应用激素的病人，90%的患者在合用雷公藤治疗后，其激素用量可以递减，从而减少了使用激素的严重副作用。通过一系列的随访观察，还发现雷公藤不仅近期疗效较好，其远期疗效也令人满意。有资料表明，经过一至数十年的临床随访，许多病人仅靠雷公藤维持治疗，病情仍很稳定，有近60%的病人可以恢复正常的生活和工作。

（2）多发性肌炎和皮肌炎：雷公藤对多发性肌炎和皮肌炎也有肯定的治疗效果，临床应

用单、复方雷公藤制剂，不但可使皮疹减淡或消退，肌痛、肌无力等症减轻或消失，而且对实验室检查指标亦有明显改善，主要表现为24小时尿肌酸、血清肌酸磷酸激酶（CPK）、乳酸脱氢酶（LDH）、谷草转氨酶（GOT）等好转或恢复正常。对于使用糖皮质激素者，雷公藤可使其逐渐减量甚至停用。

（3）系统性硬化症：有文献报道，雷公藤制剂对系统性硬化症的疗效，无论是临床表现如皮肤弹性、色素沉着、雷诺氏现象、吞咽困难等的改善，还是实验室检查如血沉、免疫球蛋白、循环免疫复合物等的改善，均明显优于秋水仙碱，并有疗效快、作用强的优点。还有资料表明，雷公藤对处于早期水肿期的病人疗效较好，对中期硬化期的病人疗效次之，对晚期萎缩期的病人无效，因此，对系统性硬化症应特别重视早期治疗。另外，雷公藤若与丹参制剂联合应用，则能明显提高治疗效果。

（4）干燥综合征：应用雷公藤制剂治疗干燥综合征，不但可使合并用糖皮质激素的患者用量得到递减或停用，而且还可使眼干、口干好转，关节疼痛减轻或消失，饮水量减少，腮腺炎好转。对实验室的免疫指标也有明显改善，如免疫球蛋白明显降低或恢复正常，抗核抗体、类风湿因子多数转阴。小唾液腺病理活检在治疗后亦显示淋巴样细胞增生现象好转。

（5）白塞病：由于白塞病临床具有反复发作和缓解的特点，故给临床治疗带来困难，各类西药的疗效均不理想，尤其是眼部症状改善更为困难。糖皮质激素和免疫抑制剂虽能暂时迅速地缓解症状，但长期使用又产生不可避免的副作用，且仅对部分病例有效。雷公藤可明显改善白塞病的皮肤血管炎、关节炎、低热、乏力、结节性红斑、外阴溃疡等表现，并对实验室指标异常也有一定的改善作用，而且起效快、作用强、疗效确切，能随时停药，停药后亦无“反跳”现象，再用时仍然有效。缓解期坚持服药，还可巩固疗效，避免复发。

（6）混合性结缔组织病：雷公藤既具有较好的抗炎作用，又具有以免疫抑制为主的免疫调节功能，同时作用于疾病的两大病理环节。其独特的药理作用，决定了它在治疗本病中的显著地位。有人曾以雷公藤单方或复方制剂治疗本病百余例，有效率为90%以上，起效和显效日期约1周至2个月，主、客观症征和化验检查均有不同程度的改善，通过3个月至5年的随访，雷公藤对本病的近期、远期疗效均较满意，且能减少激素用量甚或停用。

（五）毒副反应与急性中毒后的处理

雷公藤毒副反应的发生常与药材质量、制剂、用量及个体等因素相关。由于其有效量与中毒量接近，故毒副反应发生率高，各系统毒副反应多单独出现或同时并存，有时在常规剂量下也可出现较严重的症状。但是，只要发现及时、适时停药，并立即采取得力措施处理后，大多数病人的病理损伤具有可逆性，且随用药时间的延长，机体对药物产生耐受性，毒副反应较初服时相应变轻或症状减少。对少数中毒症状严重，对生命构成威胁者，必须采取有效的处理措施，并严密观察病情。

（1）胃肠道反应：常见，发生率15～70%不等。轻者仅表现为厌食，上腹饱胀不适，口干，胃灼热感，或轻度的腹胀腹痛、腹泻或便秘；严重者自口咽、食道至胃脘部强烈烧灼感，阵发性剧烈腹部绞痛，难以忍受，剧烈吐泻，甚至吐出咖啡色血性液体或大便潜血阳性。

（2）皮肤粘膜反应：轻则皮肤干燥，瘙痒，或口眼干涩；重则可出现咽痛，口角、眼角糜烂，口周疱疹，口腔、唇粘膜糜烂、溃疡。有时也可出现皮肤瘀斑、全身性皮疹、疱疹及颈、胸、背部皮肤出血性红斑。

（3）对心血管系统的影响：多数资料报告，常规治疗量的雷公藤对心脏无不良影响，但少数用药后可产生胸闷、心悸、气短、唇甲发绀、脉搏细弱、心率快等表现，EKG 表现为心脏传导障碍以及ST 段下移、T 波低平或倒置、低电压、Q—T 间期延长等心肌受损的表现。严重者可出现四肢厥冷、血压下降等休克表现，如血压在 12 小时内不升者，常提示预后不良。

（4）对肝肾功能的影响：部分病人在服药过程中，可出现肝区不适或疼痛，伴恶心、纳差、厌油腻、黄疸，或见明显腰痛、水肿，化验血可见谷丙转氨酶升高，血尿素氮或血肌酐升高，尿常规检查可见蛋白尿、管型尿或血尿，严重者可出现肉眼血尿。

（5）对造血系统的影响：雷公藤对造血系统的影响主要是对粒细胞的毒性作用，使白细胞数减少，严重者可出现粒细胞缺乏症。白细胞减少一般发生在治疗后的前 3 个月，通常与服用剂量、疗程有一定关系，剂量大、时间长，白细胞减少发生率较高。少部分血小板减少者可出现鼻衄、紫癜等。

（6）对生殖系统的影响：雷公藤对育龄女性的月经有明显影响，一般在服药 2～3 个月表现出来，以月经量少、错后较为常见，服药时间长者，闭经发生率约 30～50%。与女性相比，男性生殖系统对雷公藤更为敏感，可影响男性的生殖细胞，致使精子减少，活动能力下降，甚至完全无精子。

（7）精神神经症状：少部分病人服药后可出现头晕、头痛、失眠、烦躁、多汗、口唇及四肢麻木、全身瘫软、语言或视力障碍等症状，严重中毒者可出现瞳孔散大、神志恍惚、抽搐等中毒性脑病的症状。

（8）其它：极个别情况在中毒后可发生肺水肿，表现为呼吸急促、紫绀，或出现呼吸衰竭和呼吸骤停而死亡。

针对以上毒副反应和雷公藤中毒的特点，故对毒副反应较轻者，常经药物减量或停用后症状缓解或消失。出现严重反应者除立即停药外，尚须加强对症处理。如恶心、呕吐、不能进食者，应加强支持疗法，纠正水电解质紊乱；腹痛腹泻者，可给予阿托品或辨证使用中成药；肝脏损害者，可加用护肝中西药物；有血液系统损害者，可酌情加用皮质激素、能量合剂以及升白细胞的中西药物。对急性中毒症状明显者，出现全身多系统、多脏器严重损害，病情凶险，病程发展迅速时，必须及时抢救治疗。由于目前无特效解毒药物，因此，抢救时应以迅速排毒、保护和维持重要脏器的功能、加强对症支持疗法为原则。

（1）迅速排毒：及时催吐，彻底洗胃，迅速排除未吸收之毒物，是抢救成功的关键步骤。催吐前，可先饮水 500ml，或内加少许活性炭，然后用手指、棉签、压舌板、筷子等刺激患者咽部，诱发呕吐。采用洗胃排毒比催吐更为彻底，通常用 1：2000～5000 高锰酸钾溶液，或 2%鞣酸溶液、或活性炭混悬液（1000ml 水中加活性炭 2 汤匙）在口服毒物后的 3～4 小时内彻底洗胃，也可采取催吐与洗胃相结合的方法，以使毒物彻底迅速地排除体外。已进肠道的毒物常采用导泻的方法，可给予硫酸镁、番泻叶或甘露醇口服等，以减少毒物在肠道内的吸收。对超过 4 小时，毒物已被吸收者，可静脉补液或利尿排毒，以加速毒物的排泄。一般用葡萄糖液 1500～2000ml，内加维生素 C3～5g，加速解毒排毒，或给予速尿等利尿剂，以加速毒物排泄，可随时注意纠正水、电解质和酸碱平衡失调。

（2）保护和维持重要脏器功能：雷公藤中毒损害中最严重者为心肾功能的损害。对出现中毒性心肌损害者，除卧床、控制输液量和速度以及含钠量外，应尽早使用皮质激素、大量维生素 C（每日可用 20～30g）以及营养心肌、增强代谢药，如能量合剂、极化液等。出现心

源性休克时，可酌情加用血管活性药物和强心剂。由于雷公藤对肾脏组织有直接的毒性作用，加上肾缺血或因伴发休克、心功不全，易出现少尿而引起急性肾功不全，此时可静注速尿并逐渐递增剂量，直至速尿达 60mg，如仍无利尿作用时可按急性肾衰进行透析治疗。对出现呼吸衰竭、脑水肿以及中毒性肝病者，可根据具体情况采取相应的救护措施。

（3）对症支持疗法：为抢救治疗过程中的一个重要组成部分。由于大量吐泻、出血、催吐、洗 胃、导泻、禁食等，一方面可使机体抵抗力锐降，严重者引起虚脱；另一方面可引起水、电解质、酸碱平衡失调。故治疗时除补充能量、大量维生素、复合氨基酸、白蛋白、甚至给予输血外，还应注意水和电解质的补充，纠正酸碱失调，使中毒者安全渡过危险期。另外，腹痛症状明显者，可给予阿托品或 0.1%普鲁卡因静滴；有出血症状者，可给予止血敏、止血芳酸静滴或维生素 K_3 等；对胃肠出血者，也可给予口服云南白药或静滴甲氰咪呱等；为预防感染，应尽量使用对肾脏毒性较小的抗生素进行治疗。

（4）常用解毒单验方：对雷公藤中毒，民间流传不少解毒的中草药和单验方，可在综合抢救治疗的前提下，根据实际情况灵活选用。

①新鲜山羊血或鹅血 200～300ml，1 次顿服，适于 12 小时内的急性中毒者。

②鲜萝卜 250g，或莱菔子 250g，炖服。

③绿豆甘草汤：绿豆 100g，甘草 30g，水煎 1 次顿服。

④三黄甘草汤：黄芩、黄连、黄柏各 10g，甘草 30g，水煎服。

⑤广东金钱草汤：用鲜品 250～500g，温水洗净，捣烂，取汁，药汁中加入白糖 120～250g。另杀母鸭 1 只，放血于药汁内搅匀，立即给患者灌服 400ml，余下者稍后继续服用。

（六）使用注意事项

（1）雷公藤毒副反应较多，可引起多脏器的中毒损害，故对心肝肾有器质性损害，功能不正常，或严重贫血（Hb＜60g/L，WBC＜4.00×10^9/L，PC＜100×10^9/L），有活动性胃、十二指肠球部溃疡以及妊娠、哺乳期妇女、过敏体质者禁用。

（2）加强用药后的毒性监测，用药前应全面检查心电图、肝功能、肾功能及血、尿常规等，治疗期间应每两周检查血、尿常规 1 次，每月检查肝功和心电图 1 次。

（3）雷公藤的各种剂型，因制作方法不同，所含有效成分及毒性成分不同，同时应用 2 种以上口服制剂时，难以准确掌握用药剂量而导致超量使用。故雷公藤的不同剂型，不能同时混用，以免引起超量中毒。

（4）雷公藤初服较敏感，故初服者，一般先用偏小剂量试服数日至 1 周，待适应后逐渐加至常用量。

（5）对于初用已达常用剂量上限值，而疗效欠佳者，增加药物剂量要慎重。对于已获效者，也不可为追求更高疗效而盲目加量。因增加一份剂量就多增加一份不安全因素，即使因长期反复使用后产生药物耐受性，表现为某些毒副反应如消化道、皮肤粘膜反应减轻或消失时，如增加剂量，也易对机体产生潜在性危险。因此，如疗程达 1～2 月后仍无效或疗效欠佳时，应视为无效，不可继续使用。

（6）用药时应遵循“三小一慢二算”的原则，即初服剂量要小，女性、儿童、老年人、体弱者剂量要小，增加剂量幅度要小；增加剂量时速度宜慢；儿童用药与老年人用药要算，并强调个体化用药原则。小儿用量的计算通常有两种：

①按公斤体重计算：儿童剂量＝成人剂量×儿童体重/50（成人平均体重）。

②按体表面积计算：儿童体表面积＝（年龄＋5）×0.07 或＝年龄（周岁）×0.07＋0.35；儿童剂量＝成人剂量×小儿体表面积/1.7（成人体表面积）。

老年人用量按成人常用量的 3/4 计算。

（7）服用雷公藤时，不能骤停原服用的其它药物，尤其是皮质激素，应联用一段时间，待病情控制或稳定后，逐渐减量或停用，以免引起病情反复。

（8）雷公藤与非甾体类抗炎药如消炎痛、布洛芬、萘普生等及皮质激素联用．出现不同程度的协同作用，使疗效稳固持久；与祛风除湿、活血化瘀、清热解毒、益气养阴等中药辨证联用时，不仅可使疗效提高，而且有助减缓其毒副反应。但是，由于雷公藤具有细胞毒和免疫抑制作用，故原则上不宜与细胞毒类药物如环磷酰胺等联用，以免增加对机体的毒性。

（9）由于雷公藤对生殖系统，尤其是雄性性腺具有一定程度的毒性，故对小儿及年轻未婚未育者，应持慎重态度。长期用本品后，可使机体抵抗力下降，增加对感染性疾病的易感性，故应加强预防和护理。

（10）碘剂、活性炭、浓茶等均可破坏雷公藤所含的有效成分，故不宜同时使用。服用雷公藤同时饮酒有可能增加其毒性，故应避免。

六、风湿性疾病的常用中医治法和中药

（一）清热解毒法

1. 热毒证形成的病因病理

所谓热毒证，是指火热毒邪为患的一种证候。热与火、毒之间只是程度上的差异。一般讲，热为火之渐，火为热之盛，毒为火之极，故统称为热毒或火毒。热毒证形成的原因常有以下几种因素。

（1）体质因素：许多风湿性疾病，如系统性红斑狼疮、类风湿性关节炎、多发性肌炎和皮肌炎、干燥综合征等都有明显的遗传背景和家族发病倾向，其人类白细胞抗原的基因位点均有异常，与中医学先天禀赋不足、素体亏虚、腠理不密、卫外不固的内在体质发病学说相一致，且发病后在临床证型的表现方面也有一定的倾向性，如系统性红斑狼疮多为热毒，干燥综合征多为阴虚，硬皮病多为阳虚。在体质因素的发病过程中，素禀阳盛或素体阴虚等内有蕴热之体，更易内外相感，温热之邪乘虚入里形成热毒之证。

（2）外感热邪：温热时邪，或由口鼻，或从肌肤直接侵犯入体，或因感受风寒湿邪，日久不愈，邪留经络，郁而化热。由于人体有肌肤厚薄、卫气强弱、脏气坚脆不一的不同，因面在感邪后有随感即发和伏邪发病的差异。尤其是“伏气温病”的发病特点，有许多地方与风湿性疾病的病理过程相类似。例如感染因素，不少病人常因慢性感染引起机体免疫失调，继而造成组织损伤，有的病人病原体虽不存在，但机体致敏，抗体可损伤有交叉抗原的自身组织，急性风湿热病人因对链球菌过敏引起风湿性心肌炎就充分证实了这一点。又如系统性红斑狼疮，常常在发病初期即无表证，发即呈现里热炽盛、动风、动血或神昏、心悸、水肿等危急重症，病情重，变证多，与中医学“伏气温病”的发病学说极为相似。

（3）其它因素：饮食辛辣肥甘，积久化毒；或七情过极，气郁化火；或日光暴晒，以及过用辛热刚燥药物（如附子、肉桂等）均可导致热毒炽盛，燔灼营血，从而诱发疾病，加重病情。大剂量肾上腺皮质激素亦属温热药，可使血压上升，心烦不寐，面红痤疮，食欲亢进，表现为热证症状。

热毒既成，如不及时祛除，热毒充斥气分则见壮热、烦渴、汗出；内陷营血则见斑疹或各种出血；灼伤阴液则见咽燥唇干、口渴引饮、舌干便结等症。

2. 风湿性疾病常见的热毒症状

（1）皮肤红斑、丘疹、脓疮、紫癜、口舌溃疡、坏死性溃疡，为脏腑蕴热、气血两燔之象。多见于系统性红斑狼疮、皮肌炎、风湿热、变应性亚败血症、白塞病、结节性多动脉炎的急性活动期。

（2）关节红肿热痛及功能障碍，为热毒攻注肢体关节所致，可见于风湿性关节炎、类风湿性关节炎、痛风性关节炎，以及皮肌炎、系统性红斑狼疮等其它自身免疫疾病的关节病变，为关节急性炎症期的主要表现。

（3）各种出血，包括咳血、衄血、吐血、便血、尿血以及肌肤出血。多因热毒炽盛，迫血妄行，或阴虚火旺、灼伤血络所致。多见于风湿性疾病之血管炎，引起皮肤、粘膜、内脏（如肺、胃肠、肾、膀胱等）的出血性病变，也可见于因血小板减少引起的紫癜，以及继发感

染及药物（如环磷酰胺可致膀胱出血，阿司匹林可致胃肠出血）所致的血管损伤。

（4）壮热，口渴，汗出，尿赤便结，苔黄，脉数，或舌质红绛，脉细数，为气分热盛，灼伤阴液，遏津外泄，或热陷营血的临床征象，多见于风湿病急性活动期或进展期代谢亢进、炎症活跃的全身表现。

（5）其它：如热毒闭郁肺气，炼液成痰，肺失宣降，则可出现咳喘胸闷，痰黄粘稠，或胸痛息促，多见于风湿性疾病的肺损害、胸膜炎或继发的呼吸道感染；如热毒上扰神明，则可见头痛，烦躁，神昏，痉厥，癫狂，多见于风湿性疾病有脑血管炎、脑实质损害的精神神经病变，或应用激素后导致中枢神经兴奋性增强及高血压的结果。另外，湿热蕴蒸，阻遏中焦，脾胃升降功能失常，还可影响肝胆的疏泄，以致胆汁不循常道，渗入血液，溢于肌肤，而发黄疸、胸胁满痛，或出现呕恶食少、脘痛便泻，多见于风湿性疾病的胃肠道或肝脏的损害，也可见于药物引起的中毒性肝炎或胃肠道反应。

3. 清热解毒法的作用机理

（1）抑制病原微生物：许多清热解毒药对某些细菌、细胞的有抑制作用，从而消灭或清除引起疾病发生的始动因素，且清热解毒药大多口服抗菌、毒副作用小，抑菌力量虽不如抗生素，但对有严重内脏损害而不适用抗生素的患者，尤为适宜，有的药物还能解除病原微生物对抗生素的耐药性，与抗生素合用具有协同作用。

（2）免疫调节作用：大多数风湿性疾病的免疫发病机理与体液免疫异常亢进、细胞免疫功能降低密切相关，许多清热解毒药可通过抑制机体体液免疫从而减少自身免疫反应引起的组织损伤，有的药物可通过增强机体抗感染应答反应从而提高机体抗感染的免疫功能。辨证使用本类药物，可对机体呈现双向调节作用，即免疫功能低者补之，亢者抑之。

（3）抗炎作用：清热解毒药的抗炎作用，主要通过抑制炎症渗出、坏死来实现的，有的对慢性肉芽肿增生也有效。本类药物一般不破坏炎症屏障，并可促进吞噬细胞移动，清除病灶，有利于减少纤维粘连，恢复各组织器官的正常功能。

（4）解热作用：动物实验证实，多数清热解毒药可通过抑制体温调节中枢的产热中枢而达到解热作用。

（5）抗肿瘤作用。

4. 常用清热解毒药物

（1）金银花：味甘，性寒，功能清热解毒、消痈散结，为治疗疮疡、泻痢和外感、热病的常用药。据现代药理研究，本药为作用较强的广谱抗菌中药，对流感病毒、疱疹病毒、孤儿病毒以及真菌均有明显抑制作用，另能增强白细胞吞噬功能，促进淋巴细胞转化，促进抗体生成，诱生干扰素，并有降血脂和利尿作用。

（2）连翘：味甘，性微寒，功能清热解毒、消痈散结，为治疗热病和疮疡的重要药物。现代药理研究证实其有解热、消炎、利胆作用，对内毒素休克动物有抗休克作用，并具有广谱抗菌抑毒以及促进吞噬细胞吞噬功能，常与金银花合用，以增强清热解毒作用。

（3）蒲公英：味苦、甘，性寒，功能清热解毒、消痈散结，过去除常用于治疗肠痈、乳痈外，还作为一般消炎解毒药用于治疗各种呼吸道感染以及轻度的化脓性感染。近年研究证实本药除有较强的抗菌、抗病毒作用外，还能促进淋巴细胞转化，增强巨噬细胞吞噬功能，保肝利胆，并能增强肾上腺皮质功能及抗癌作用。

（4）板蓝根：味苦，性寒，功能清热解毒，凉血消肿，临床主要用于治疗病毒性传染病，

实验也证实它对多种病毒性感染疗效良好，对多种革兰氏阴性和阳性细菌均有不同程度的抗菌作用。

（5）土茯苓：味甘、淡，性平，功能清热解毒、利尿消肿，主要用于治疗反复发作的慢性疮疡，也用于治疗慢性湿疹和其它慢性皮肤病，如牛皮癣等。近年研究证实它能抑制体液免疫异常亢进，并对实验动物的移植性肿瘤的生长呈现抑制作用。

（6）白花蛇舌草：味甘、淡、微苦，微寒，功善清热解毒、活血消痈，为治疗肠痈、肾炎水肿及淋证的常用药。其体外试验抗菌作用虽不显著，但能提高吞噬细胞的功能，故其抗感染的作用可能与此相关。另能增强肾上腺皮质功能，抑制癌细胞的有丝分裂，对异常胃肠运动呈双向调节，并具有护肝作用。

（7）黄柏：味苦，性寒，功能清热解毒、泻下焦湿热，临床主要用于因湿热下注引起的足膝胫肿、筋骨疼痛以及热痢、黄疸、黄浊白带。并能坚阴，用于治疗阴虚火旺，潮热骨蒸。药理研究证实它不但对多种细菌、真菌有抑制或杀灭作用，而且还能抗炎、降压、利尿、健胃，并能抑制抗体生成。

（8）龙胆草：味苦，性寒，功擅清热燥湿、泻火解毒，临床主要用于治疗肝胆实火引起的口苦胁痛、目赤肿痛，也可用于湿热下注引起的腹痛泻痢、湿疹以及尿赤涩痛等症。药理作用主要有抗过敏、消炎、解热、护肝利胆、利尿、降压，且苦味健胃，能促进胃液分泌。

（9）水牛角：味苦、咸，性寒，功擅清热解毒、凉血止血，为热陷营血所致高热不退、神昏谵语、斑疹、出血的常用品。现代药理证实，其有明显的强心、镇静和抗惊厥作用，并能降低毛细血管脆性，缩短出血时间，抑制炎症渗出，增强单核—巨噬细胞系统功能。

（10）丹皮：味苦辛，性微寒，功能清热凉血、化斑解毒，常用于肝郁火旺引起的发热、盗汗、头痛目涩、面赤口干、月经不调以及各种热性出血证。还可用于跌打瘀血之证。药理证明，它不但对多种细菌和流感病毒有抑制作用，而且还能降温、解热、镇静、镇痛以及降压、抗惊厥，并能抑制自身免疫和变态反应性炎症，降低血管通透性，对凝血过程有双向调节作用。

（11）羚羊角：味咸，性寒，功能清热解毒、平肝熄风，为治疗高热神昏、抽搐之要药。现代药理证明其有较好的解热、镇静、镇痛、降压和抗惊厥作用，并能强心、利尿、扩张脑血管，能提高动物的缺氧耐受能力。

（12）大黄：味苦，性寒，功能泻下导滞、清热解毒、凉血化瘀。临床主要用于治疗热结便秘，湿热黄疸以及各种热性出血证。药理实验证明它不但具有抗菌作用强、抗菌谱广的特点，而且还能泻下、解热、护肝利胆、降脂、利尿，并能促进凝血，降低毛细血管脆性和抑制胃蛋白酶活性。

（13）肿节风：味辛苦，微寒，功能清热解毒、活血化瘀，为治疗热痹之关节红肿热痛及跌打瘀肿的常用药。动物实验证明，本品对细胞免疫、体液免疫有双向调节作用，能延长动物游泳时间，增强抗寒能力，另有镇痛、抗心肌缺血及强壮作用。

（14）石膏：味辛甘，性大寒，功能清热泻火、除烦止渴，为治疗温热病中期和极期之气分热盛的要药。本品解热而不发汗，且作用持久，另有镇静和消炎作用。

（15）夏枯草：味辛苦，性寒，功擅清肝泻火、解毒散结，常用于肝经有热之口苦胁痛、目赤肿痛之证。实验证明，本品能促进皮质激素分泌而达抗炎目的，且对细胞和体液免疫均呈抑制作用，并能护肝、降压、利尿。

（二）祛风除湿法

1. 风湿证的病因病机

湿邪为患，常由内外两方面引起。由外感湿邪引起者称为外湿证，由脏腑功能失调，水液代谢紊乱引起者称为内湿证，外湿证和内湿证可以相互影响，互为因果，内外相感，合邪为病。如外湿入里，可困阻脾胃，使其健运失司，内湿由生；内湿既成，脾虚水湿不化，又常易招致外湿侵袭。在外感六淫之邪中，“风为百病之长，”湿邪侵袭人体，同样多与风邪相兼为患形成风湿证。临床上，随人体易感性和体质的不同，而表现出寒热差异，若素体阳虚，感受风湿后可从寒化形成风寒湿证，若素体阴虚或阳气偏盛，感受风湿后多从热化形成风湿热证。本证的病因病机如下：

（1）风寒湿邪，侵袭人体：同样的气候、环境、饮食习惯，脾虚体质者比一般人更易患风湿。但也有平时体质尚好，由于久居寒湿之地，又缺乏必要的防寒保暖措施，或由于工作关系，野外雪天露宿，或住地潮湿，或当风冒雨，水中作业，或劳力感受寒湿，或汗出入水中，或气候剧变，寒热交错，均易致风寒湿邪乘虚侵袭人体，留注经络而发病。

（2）脏腑功能失调，水液代谢障碍：在人体水液的代谢过程中，津液的生成、输布、排泄要靠肺气的宣发肃降、脾气的运化转输、肾气的蒸腾气化以及三焦“通调水道”的功能共同完成。若肺、脾、肾其中任何一个脏器功能失调，三焦气化失司，气机升降失常，均可导致水液停滞，化生湿浊，重则为痰饮。

（3）其它：如嗜食肥甘、烟酒等，均可损伤脾胃，痰湿内生，湿浊阻于经络，形成瘀血，“血不利则为水”，“瘀血化水，亦发水肿”。

2. 风湿性疾病常见的风湿证表现

（1）恶风、发热、头身重痛、肢体酸楚，为风湿闭阻肌表，营卫不和所致，多见于风湿热、类风湿性关节炎、风湿性多肌痛以及某些感染性关节炎的全身表现，且这些症状同关节表现一样，每遇气候变化或阴雨天时病情加重。

（2）关节酸痛重着、肿胀，屈伸不利。风邪偏盛者，发病多在上肢肩背，或关节疼痛呈游走性，时而在肩，时而在肘，时而在上肢，时而在下肢，无一定固定部位；寒邪偏盛者，因“寒性收引”、拘急，故疼痛剧烈，遇寒加重，得温痛减；湿邪偏盛者，发病多在下肢腰膝，且酸痛重着，濡肿；热邪偏盛者，因热性急迫，与人体气血相搏，故关节红肿热痛，疼痛剧烈，手不能触，且常伴发热、口渴、心烦等症。风湿留着既久，肌肉筋骨失荣，可致肌肉萎缩，肌肤顽厚不仁，骨节僵硬变形。多见于类风湿性关节炎、强直性脊柱炎以及其它自身免疫病的关节病变。

（3）其它：肢体水肿，胸水，腹水，或呕恶纳呆，腹胀便溏，头重头昏，苔腻，脉滑或濡，均为风湿之邪内犯之象。

3. 祛风除湿法的作用机理

（1）抗炎作用：许多祛风除湿药物不但能抑制急性炎症渗出，有的药物，如昆明山海棠、青风藤、汉防己等还对慢性炎症结缔组织增生有效。

（2）镇静、镇痛作用：祛风湿药物一方面能加强中枢抑制过程，提高中枢痛阈；另一方面能流通气血，扩张血管，改善血液循环，通过减轻血液粘滞性，改善组织营养，减少代谢产物和致痛物质生成而产生镇痛作用。其镇静和骨骼肌松弛作用又有助于减轻肌肉、关节的疼痛和僵

直。

（3）解热作用：祛风湿药的解热机理，主要是通过增强抗感染免疫应答和抑制病原体，控制风湿病病人存在的慢性病毒或细菌感染性炎症，或通过调节激素分泌及其它机制，抑制免疫性炎症来实现的，并能促进体表散热，抑制体温调节中枢兴奋性，从而达到良好的解热效果。

另外，渗湿利水药物还能通过利小便，净血排毒，达到排除体内钠、钾、氯等离子以及尿素氮、肌酐等代谢产物，改善血液流态，对减轻机体中毒和组织损伤以及代谢紊乱具有重要意义。虽作用慢而缓和，但与西药相比，作用持久，不良反应少。

总之，祛风湿药物主要是通过解热、消炎、镇静、镇痛、改善血液循环等环节，用于治疗湿在上（如头昏、头重、头胀目眩等）、湿在下（如跗肿、尿少、淋浊、带下等）、湿在里（如呕恶食少、脘痞腹胀、泄泻、痰喘、咳嗽等）、湿在外（如肢体、肌肉、关节之酸、软、肿、重、痛、麻等）等各种风湿证。临床实践证明，从某些药物中提取的成分，其作用并不弱于非甾体抗炎药、抗疟药，甚至与环磷酰胺、肾上腺皮质激素相近，但无西药的毒副作用。另外，祛风湿药物对脏腑痹也有病情改善作用。

4. **常用祛风除湿药物**

（1）羌活：味辛苦，性温，功能解表散寒、通痹止痛，临床主要用于寒湿较重引起的上半身肌肉风湿痛和腰背正中部肌肉有冷感、挛缩感的患者，对兼有寒热、骨节酸痛、头痛等表证者，更为适宜。药理作用有解热、发汗、消炎、镇痛、抗惊厥，并有钙通道阻滞作用。

（2）独活：味辛苦，性温，功能祛风除湿、通痹止痛，临床主要用于下半身之腰背、髋膝疼痛，两足麻木之症。药理作用同羌活，另还有降压、扩冠、抗凝、解痉作用，并对大肠、痢疾和结核杆菌有抑制作用。

（3）威灵仙：味辛，性温，功擅祛风除湿、通络止痛，临床常用于治疗痹证偏于寒之四肢关节痛、屈伸不利、手足麻木等症。药理作用除解热、镇痛、利尿外，还能促进尿酸溶解、排泄，对抗组织胺引起的肠道平滑肌痉挛，另对部分细菌和致病性真菌有抑制作用。

（4）秦艽：味苦辛，性平，功能祛风湿、退虚热，为治疗风湿痹痛和阴虚内热、潮热骨蒸的常用药。还用于治疗中风后半身不遂。现代药理证实其有明显的抗炎、解热、镇静、镇痛、抗过敏以及抗菌、降压作用，并能增强垂体—肾上腺功能，减慢心率，利尿及促进尿酸排泄。

（5）防己：味苦辛，性寒，功能祛风除湿、舒筋止痛、利尿消肿，临床常用于风湿热邪引起的风湿痹痛、足膝胫肿之症。药理作用有镇痛、解热、消炎、肌松、利尿作用，并能抑制炎性介质释放和抑制免疫性溶血反应，兴奋肾上腺皮质功能。此外，汉防己还有升白、抗癌作用。

（6）青风藤：味辛苦，性温，功能祛风除湿、通络止痛，为治疗四肢风湿痹痛偏热的常用药。本药能镇静、镇痛、抗炎、抗过敏，还能降温，抑制体液免疫，兴奋垂体—肾上腺功能，镇咳、局部应用尚有麻醉作用。

（7）茯苓：味甘淡、性平，功能利水渗湿、健脾和中，临床主要用于治疗水肿、痰饮和用于健脾。主要药理作用有利尿、镇静、抗溃疡、抗癌，对巨噬细胞吞噬功能和细胞免疫功能有促进作用，且对实验性佐剂性关节炎有效，能抑制免疫损伤从而对机体有保护作用。

（8）猪苓：味甘淡，性平，功能解毒利水，临床主要用于水肿和小便不利之症。其利尿

作用比茯苓强烈，猪苓多糖还对肾上腺皮质活动有调节作用，另有抗癌和免疫调节作用。

（9）薏苡仁：味甘淡，性微寒，功擅健脾益胃、渗利水湿，临床常作为利尿消肿、祛湿止痛、健脾止泻的辅助用药。药理作用有镇静、镇痛、降温、降糖、抗癌、肌松等多种作用，并能增强垂体—肾上腺功能，促进淋巴细胞转化和抗体生成作用。

（10）车前草、车前子：味甘，性寒，功能利水通淋、止咳化痰，为治疗热淋和肾炎水肿的常用药。现代药理证实有较好的利尿、消炎作用，并能抗菌、抗癌、祛痰镇咳、利胆。

（三）活血化瘀法

1. 瘀血证的病因病机

瘀血，是指体内有血液停滞，包括离经之血积存体内，或血行不畅，阻滞于经脉及脏腑的血液，均称为瘀血。因此，瘀血既是疾病过程中形成的病理产物，又是某些疾病的致病因素。

瘀血证形成的原因，主要有以下两方面：

（1）气虚、气滞、血寒、血热等原因，使血行不畅而凝滞。气为血帅，气虚和气滞，均可导致血行迟缓，不能推动正常的血液运行而形成瘀血，多见于久病，老年体弱，或情志失调，肝郁气滞，气机不畅，由气病及血者。血得温则行，遇寒则凝，若寒邪客入血脉，则易使经脉蜷缩拘急，血液凝滞不畅，多见于风湿性疾病的雷诺氏现象及各种血管炎。热毒燥证，耗伤津液，或热陷营血，血热搏结，均可形成瘀血，多见于系统性红斑狼疮的热盛灼津所致的瘀血证。

（2）内外伤、气虚失摄或血热妄行等原因，造成血离经脉，积存于体内形成瘀血。如各种外伤后，血不循经，溢于脉外，或血热过盛，迫血妄行，血不循常道而外溢，或久病气虚，气不摄血，血溢脉外，停于身体某一部位形成瘀血证。

瘀血形成后，不仅失去正常血液的濡养作用，而且反过来又会影响全身或局部血液的运行，产生疼痛、出血或经脉瘀塞不通，以及产生“瘀血不去，新血不生”等不良后果，血行失度，则容易变生各种病证。

2. 风湿性疾病常见的瘀血证表现

瘀血证的表现虽然繁多，但归纳起来有以下几个共同特点：

（1）疼痛：多为刺痛，痛处固定不移，拒按，夜间尤甚，系气血不通，不通则痛。

（2）肿块：瘀血久积体内，聚之不散则结为癥积，按之有块且不消，质多坚硬，固定不移，常见于风湿性疾病伴有肝脾肿大，或腹、盆腔炎性组织包块以及合并肿瘤者。

（3）出血：瘀血证可出现各种出血症状，如吐血、咳血、衄血、尿血、便血等，但血色紫暗，多夹有血块。

（4）面色黧黑，肌肤甲错，唇甲青紫，舌质紫暗或有瘀斑、瘀点，脉象细涩、沉弦或结代；或见血管异常，如舌下静脉扩张、迂曲以及下肢静脉曲张、浮肿、网状青斑等。

（5）其它：如瘀阻于心，可见心悸，胸闷心痛；瘀阻于肺，可见胸痛，咳血；瘀阻胞宫，可见少腹疼痛，月经不调，甚或痛经、闭经，经色紫暗成块或见崩漏；瘀阻肢体肌肤，可见局部肿痛青紫；瘀毒攻心，挟痰上扰，还可出现惊狂冒闷，神志昏愦，或四肢厥冷，懵不知人。

3. 活血化瘀法的作用机理

活血化瘀药可能对风湿病发病机理中的多个环节发生作用。因此，活血化瘀法既是病理环节阻断疗法又是病因疗法，如恰当地与其它治法同用可起到协同作用。

（1）改善血液循环：活血化瘀药均有不同程度的改善血液循环作用，能解除或缓解血管痉挛，降低血液粘滞性，加快血液流速，增强毛细血管张力，降低脆性，并能增强组织包括心肌的耐氧能力。

（2）免疫调节作用：许多风湿病的发生和演变，与免疫调节功能发生紊乱密切相关。辅助性T细胞和抑制性T细胞在相互制约中的相对平衡是维持人体正常生理功能的必备条件，若辅助T细胞增强则B细胞产生的抗体增加，病变可能恶化；反之，抑制性T细胞增强则B细胞产生的抗体减少，病变减轻。许多活血化瘀药对自身免疫中的抗体均有抑制作用。

（3）抗感染、抗炎症反应：许多活血化瘀药不但能抗菌、抗病毒，与清热解毒药合用具有协同作用，而且在抗感染的同时又具抗炎症作用，即均能减少渗出，促进炎症吸收和炎症局限化，减少毛细血管通透性，从而有利于炎症的恢复。

（4）改善结缔组织的代谢：活血化瘀药可抑制成纤维细胞亢进的胶原合成，并同时对胶原分解可能有促进作用，另对酸性粘多糖等基质成分及胶原纤维等纤维成分均有一定影响。因此，活血化瘀药可使硬化的结缔组织发生软化，透明样变的胶原纤维发生疏松化。

4. 常用活血化瘀药物

（1）川芎：味辛，性温，功能活血行气、祛风止痛、化瘀通脉，为治疗瘀血头痛和风湿头痛的要药。但亦常作为调经药用于治疗月经不调以及与风湿、气滞有关的血脉闭塞、血不养筋所致的肢体疼痛、麻木和瘫痪。药理证实它能扩张血管，改善微循环，增加冠脉血流量，并有强心作用，另能解痉、镇静、降压、降血脂以及对抗动脉硬化和抗辐射作用。

（2）丹参：味苦，性微寒，功能活血化瘀、养血安神、调经，临床常用于治疗心脉瘀阻所致心绞痛和气滞血瘀之月经不调、痛经等，亦可用于心血不足导致的失眠不寐以及周围血管疾病。本药能增加冠脉血流量，调整减慢心率，扩张血管，改善微循环，并能降血脂，降血压，降血糖，抗血凝，抗变态反应，抑制胶原纤维合成，另有抗菌和抗肿瘤作用。

（3）红花：味辛、微苦，性温，功能活血通经、祛瘀止痛，临床常用于治疗血瘀痛经、闭经以及冠心病心绞痛属气滞血瘀证型者，也常用于跌仆损伤引起的瘀血肿痛。现代药理研究，证明本药能降低血管通透性，扩张血管，降低血压，改善微循环，增加冠脉血流量，减慢心率，并抑制血小板凝集，对凝血过程中凝血酶原、凝血酶—纤维蛋白反应有显著抑制作用。

（4）川牛膝：味甘、微苦，性平，功能散瘀止痛、活血通经、补益肝肾，为治疗风湿痹痛、肾虚腰痛、跌打损伤、血瘀痛经、闭经以及淋证的常用药物。动物实验证实其有一定的镇痛作用，并能兴奋子宫，解痉，利尿，还能扩张血管而呈现降压作用。另能影响炎性介质的释放和抗过敏作用。

（5）土鳖虫：味咸，性寒，功能破血逐瘀、软坚散结，临床常用于跌打损伤所致瘀肿或骨折以及肝脾肿大、宫外孕等病证，近年试用于抗癌。本药有抗凝、扩张血管作用，能镇静、镇痛，并降低血小板聚集。

（6）全蝎、蜈蚣：味辛，性平或性温，二者均能驱风镇痉、活血化瘀，临床常用于治疗破伤风、小儿高热抽搐及其它惊风，并对中风后半身不遂、口眼㖞斜以及较严重的风湿痹痛均有较好的效果。药理实验证实，二者均有明显的抗惊厥、镇静、镇痛和降压作用。但在镇惊止搐和治疗肿毒方面，蜈蚣之力明显优于全蝎。

（四）补益扶正法

1. 风湿性疾病应用补益扶正法的理论基础

（1）先天因素：大多数风湿性疾病都有一定的遗传背景，且在同一家族中有多发的聚集现象，这与中医禀赋薄弱、体质不强密切相关。由于父母体虚，遗传缺陷，胎中失养，孕育不足，加上生后喂养失当、营养不良等因素，容易导致体质薄弱，在体质不强的基础上，又易形成因虚致病，病后又加重虚损，终致恶性循环。

（2）后天失调：如饮食不节、损伤脾胃，情志失调、化火伤阴，劳欲过度伤及脾肾等，均易导致精气亏虚，正气不复而发病。由于人体五脏相关，气血同源，阴阳互根，故病情单纯、病变比较局限者，尚容易辨清其气、血、阴、阳亏虚的属性和病及脏腑的所在。当各种原因所致的虚损互相影响，由一虚而渐至多虚，由一脏而累及他脏时，则使病情趋于复杂和严重。

（3）大病久病，失于调摄：许多风湿性疾病，如系统性红斑狼疮、皮肌炎、结节性多动脉炎等，都可出现系统性损害的症状；若脏器损害日久不愈，失于调摄，则极易形成因病致虚，久虚不复而成劳。

（4）治疗不当或药物副作用：大多数风湿性疾病，常病机复杂，或正虚邪实，或寒热相兼，若辨证不确，妄用汗、吐、下、利、温补或清泻之品，均可导致阴阳失调，气血失和，脏腑损伤。长期使用激素往往出现阴虚阳亢症状，如易饥失眠、血压升高等。使用非甾体抗炎药或其它药物引起的胃炎、溃疡病等，又容易使脾胃运化失常，气血化源不足，引起脾胃虚弱、气血亏虚的症状。

（5）外邪伤正：外感六淫之邪，邪气过盛或久留，均可耗伤正气，致脏腑损伤。如慢性感染可抑制机体防御、廓清功能，同时外邪人侵，可与组织细胞结合形成自身抗原，激发自身免疫病理反应，引起自身免疫病的反复发作和组织损伤。

2. 风湿性疾病常见的虚损症状

（1）气虚证：气虚证是脏腑组织机能减退的表现，临床以全身机能活动低下的表现为辨证要点。主要表现为神疲乏力，少气懒言，自汗，或见面色㿠白，头晕目眩，活动后加重，舌淡苔白，脉虚无力。心气虚者，则见心中动悸，脉结代，多见于风湿性疾病之心肌和心瓣膜的心脏损害；肺气虚者，则见咳嗽无力，动则气促，声音低怯，容易感冒，多见于风湿性疾病之肺脏损害或继发的肺和支气管的感染；脾气虚者，则多见胃脘隐痛，呕恶纳差，腹胀便溏；或因脾不统血，出现衄血、便血、尿血、紫癜、月经过多、崩漏，血色淡红量多，多见于风湿性疾病的胃肠道表现，或见于治疗药物对胃肠道的副作用以及疾病本身和药物治疗引起的血小板减少、血管炎、过敏性紫癜和凝血功能障碍；肾气虚者，则可见尿少浮肿，或小便频数、遗尿等，常见于风湿性疾病本身和药物引起的肾实质损害以及肾小管损伤引起的浓缩功能减退。

（2）血虚证：血虚证是指血液亏虚，脏腑百脉失养，表现全身虚弱的证候，临床以体表肌肤粘膜组织呈现淡白以及全身虚弱为特征。主要表现为面色苍白或萎黄，头晕眼花，尤在起立时眼前昏暗，唇舌色淡，脉细。心血虚，则见心悸怔忡，脉结代，常见于风湿性疾病心肌损害引起的心功能不全和心律失常；肝血虚，则见肌肤甲错，爪甲苍白，或月经衍期，量少色淡，甚或闭经，常见于风湿性疾病本身或药物引起的血管神经病变以及白细胞、血小板减少，血管脆性增加。

（3）阴虚证：阴虚证是指机体精、血、津液等物质亏耗，以及阴不制阳，导致阳相对亢盛的机能虚性亢奋的病理状态，临床以阴液不足和滋养、宁静功能减退以及阳气相对偏盛为特征。主要表现为五心烦热，咽燥口干，舌红少苔或无苔，脉细数，或见午后潮热，尿赤便结，盗汗等。肺阴虚者，则见干咳咽燥，或咳血、失音，或气促，胸痛，或皮肤干燥、皲裂、鳞屑，多见于风湿性疾病的肺损害或伴发的干燥现象。肝阴虚者，则见目涩畏光，头痛失眠，视物昏花，多见于风湿性疾病（如干燥综合征、白塞病、赖特氏综合征、系统性红斑狼疮等）引起的眼部损害，如眼结合膜炎、视网膜病、眼色素层炎等。肾阴虚者，则多见腰酸遗精，眩晕耳鸣或耳聋，或足膝痿软，妇女月经不调，常见于风湿性疾病伴内分泌功能紊乱或长期大量应用肾上腺皮质激素引起的中枢神经系统的症状

（4）阳虚证：阳虚证是指机体阳气虚损、机能减退或衰弱、热量不足的病理状态，临床以机体阳气不足，阳不制阴，阴相对亢盛为特征，主要表现为全身或局部畏寒，肢冷，面足虚浮，舌淡胖苔润，脉沉微迟或迟缓，或见夜尿频多、便溏等。心肾阳虚，水气凌心射肺，则见心悸怔忡，咳嗽痰喘，常见于心衰、肺水肿、肺血管病变以及继发感染或药物变态反应引起的肺、支气管炎症。脾阳虚者，则多见纳减便溏，呕恶清涎，兼肾阳虚，还可见完谷不化或五更泻，甚则水肿，腹水，多见于风湿性疾病本身或药物引起的胃肠道反应或心、肝、肾功能不全，如狼疮性肾炎肾病型出现的高度水肿、腹水等。肾阳虚者，一方面可因肾阳虚弱，肾气不固引起男子阳萎，遗精、早泄，女子月经不调，阴冷不孕，或出现小便清长，夜尿频多，常见于风湿性疾病本身或应用肾上腺皮质激素、免疫抑制剂引起性机能减退或肾脏浓缩机能减退；另一方面，肾阳不足，精血虚衰，不能充养脑髓，滋养筋骨，还可出现健忘，淡漠，抑郁，头痛，眩晕，耳鸣，肢颤、瘫痪，或腰酸背痛，屈伸不利，常见于风湿性疾病的中枢神经损害以及周围神经病变，也可见于骨质疏松或纤维织炎综合征、强直性脊柱炎、风湿性多肌痛症等。

3. **补益扶正法的作用机理**

（1）增强垂体-肾上腺皮质系统功能：补气药如人参、黄芪、党参、白术、灵芝、甘草等，补气复方如四君子汤、五味异功散等，均能提高垂体-肾上腺皮质系统功能，促进激素分泌。滋阴药如五味子、西洋参等，则能兴奋垂体分泌促肾上腺皮质激素，使肾上腺皮质合成和释放激素，生地、知母则因明显延长皮质激素在肝脏的生物转化，从而提高血中皮质醇水平，加强其作用，尤其是生地等滋阴药能减轻由糖皮质激素对垂体--肾上腺皮质轴功能和形态的影响，使其处于相对正常的动态平衡。温阳祛寒药如附子、干姜、肉桂、细辛、巴戟天、淫羊藿、补骨脂、杜仲等还能通过促进激素分泌，改善机体适应调节能力，对风湿疾病有抗炎、抑制免疫损伤、抗过敏作用；温阳方还对外源性激素副作用有抑制作用，并能保护肾上腺皮质结构和功能，因此可减少长期依赖激素患者的激素用量，减少反跳，并可使激素撤除。

（2）调节免疫功能：辨证使用补益扶正药物，可使异常的免疫系统低者升之，亢者抑之，发生多种调节功能。就单味药物的药理作用而言，有的只对体液免疫或细胞免疫起作用，有的对二者均发生作用；有的药物仅有免疫增强或单纯的免疫抑制作用，而有的在不同个体既能体现免疫增强作用，又能体现免疫抑制作用。如黄芪、党参、白术、灵芝、黄精、苡仁、白芍、鸡血藤、女贞子、旱莲草、生地、玄参、淫羊藿、补骨脂、杜仲、肉苁蓉等不但均能增强单核—巨噬细胞系统功能，清除体内变应原和免疫复合物，减少组织损伤和继发的免疫调

控紊乱，而且还能促进淋巴细胞转化，提高效应T细胞质和量，并能使抗体形成细胞增加，延长抗体存在时间，因而对体液或细胞免疫均呈现增强作用；丹参、当归、枸杞、乌梅、五味子、天冬、麦冬、生地、玄参等既能促进抗体生成，又能抑制抗体生成。部分药物的免疫调节功能还与剂量有关，如小量当归能促进体液免疫，而在大剂量应用时则呈抑制作用；枸杞小剂量能增强抑制性T细胞功能，从而抑制抗体生成，但大剂量时则降低其功能，促进抗体生成。

(3) 抗炎作用：现已证实人参、黄芪、党参、白术、甘草、沙苑子、当归、何首乌、生地、五味子等均有抑制炎症作用，抗炎机制除与激素机制有关外，还可能与改善细胞生物氧化过程、降低细胞对刺激反应性、抑制血管通透性、对抗炎性介质等作用相关。

(4) 调整机体代谢紊乱：人参、党参、黄芪、灵芝、补骨脂、肉苁蓉、菟丝子、淫羊藿、当归、熟地、何首乌等不仅含有人体必需的多种营养成分，如糖类、氨基酸、维生素、微量元素等，以补充机体需要，而且还能改善红细胞携氧、释氧能力，促进能量利用和合成代谢，增强机体抗疲劳和对环境的适应性，从而有效地纠正机体的代谢紊乱。

(5) 改善风湿性疾病本身和治疗药物引起的全身损害：

①心血管系统：党参、人参、五味子、山萸肉、地黄、玄参、麦冬、玉竹等都有一定强心作用，并能扩张冠脉，改善心肌供血。有的药物，如黄芪、山药、黄精、丹参、枸杞、当归、鸡血藤、何首乌、金樱子等，还能降血脂，包括抑制脂肪吸收，保护肝脏，促进肝脏对脂肪的代谢。

②胃肠系统：适当选用温中健脾或甘凉益胃、甘平补脾之剂可明显改善或减少风湿性疾病本身和治疗药物对胃肠道的反应和并发症，并对胃肠收缩和舒张具有调整作用。

③肝脏：许多补气健脾，滋阴柔肝中药，如五味子、地黄、枸杞、白芍、何首乌等，均对肝损害有拮抗作用，并能增加肝蛋白质或肝糖原的合成。

④肾脏：人参、黄芪、熟地、山药、山萸肉、肉苁蓉、杜仲等都可通过抑制免疫损伤、抑制血管炎、扩张血管等作用环节，促进肾组织代谢，因而能改善肾功能。

⑤血液系统：补气生血药不仅通过促进消化吸收补充了造血所需的营养物质，而且还能保护和兴奋骨髓造血机能，养血滋阴药如当归、白芍、熟地、山萸肉、鸡血藤、枸杞等，还能增加血细胞，改善血浆质量，且对环磷酰胺等免疫抑制剂引起的白细胞减少有显著的治疗作用。

⑥神经系统：许多补益扶正药物有改善脑供血、抗缺血、抗炎、抑制免疫损伤及改善神经营养等作用。

⑦呼吸系统：补气温阳药如玉屏风散加党参、蛤蚧以及淫羊藿等，可通过改善心肺功能、提高氧分压而有效地发挥治疗作用，并能增强全身及气道局部的免疫功能而防治感染；部分滋阴润肺药，如沙参、麦冬、百合、玉竹等，则还能通过祛痰、镇咳、平喘而有效地治疗风湿性疾病继发的肺和支气管的感染。

另外，许多滋阴养血、补肾壮阳药物还可对性腺功能和子宫的代谢活动发生影响，并通过含有的性激素成分而发挥性激素样作用。

4. 常用补益扶正药物

(1) 人参：味甘、微苦，性微温，功能大补元气、益气生津、安和五脏，因其有明显的滋补强壮作用，临床主要用于治疗急性脱症和慢性虚弱证。现代药理证实本药能协调中枢神

经系统兴奋和抑制过程平衡，增加其灵活性，促进智力，抗疲劳；能兴奋垂体—肾上腺皮质系统，增强性机能，增强胰岛素分泌而降血糖，增强骨髓造血机能，抗肝损伤，增强肝脏代谢和解毒功能，改善脂肪代谢而降血脂，抗动脉粥样硬化；还能强心、抗休克、抗过敏、抗利尿、抗癌；并能促进白细胞和单核—巨噬细胞系统的吞噬功能，促进淋巴细胞转化，诱生干扰素，促进补体和抗体生成。

（2）黄芪：味甘，性温，功能补气升阳、固表止汗、利水消肿、托毒排脓，因其内能补脾肺，外能走肌表，上能升清阳，下能利小便，故临床除用于治疗气虚体弱证和中气下陷引起的脏气下垂外，还常用于表虚自汗证、气虚脾弱之水肿证以及气虚血滞之痹证、疮疡证等。现代药理证实，黄芪能兴奋中枢神经系统，强心利尿，降血压，保肝，能增加肝糖原和蛋白质的合成，提高血浆蛋白量和毛细血管抗损伤能力，促进机体代谢，并对细胞免疫和抗体生成具有增加或调节作用，体外实验尚有抗菌作用。另外，对实验性肾炎尚有对抗作用，能减少或消除实验动物的蛋白尿，对肾炎的发病有阻抑作用。

（3）党参：味甘，性平，功能益气健脾，临床多作人参代用品。因其补气之力不及人参，故不用于气虚欲脱之证；其兼养血，临床亦常用于血虚萎黄及气血两虚之病证。本品能调节中枢活动，促进智力，抗缺氧，保护心、脑重要脏器，并扩张外周血管，强心促凝，提高血小板和白细胞数目，抗贫血，另能增强垂体—肾上腺皮质系统功能和单核—巨噬细胞吞噬功能，对抗激素对巨噬细胞活动的抑制作用。

（4）白术：味甘、苦，性温，功能补脾益气、燥湿利水、固表止汗，临床主要用于治疗脾虚湿盛引起的泄泻、水肿和风湿关节痛以及表虚自汗等症。现代药理证实，本药不但能增强网状内皮系统吞噬功能，治疗环磷酰胺等引起的白细胞减少，而且能提高淋巴细胞转化率和血清抗体量，并能增强垂体—肾上腺皮质系统功能，护肝、降酶、利尿，兴奋骨髓造血功能，另能双向调节肠道运动，降血糖、抗凝、抗菌。挥发油尚有抑癌作用。

（5）甘草：味甘，性平，功能益气补虚、清热解毒、缓急止痛，临床常作为和解药性及调补的要药，凡需缓和药性以及兼顾中气时，均可用之。现代药理研究证实其有肾上腺皮质激素样和垂体促皮质激素样作用，能抑制炎症渗出和增生，抑制过敏介质释放和补体活动，对各型变态反应均有一定抑制作用，且能制酸、解痉、抗溃疡、抗肝损伤、解毒、镇痛、强心、抗休克，还能祛痰、镇咳、解热、抗菌、抗癌以及有一定的抗利尿作用。

（6）当归：味辛甘，性温，功能补血调经、活血止痛，兼能润肠通便，临床常用于治疗血虚、血瘀引起的月经不调、经痛经闭、腹痛以及风湿痹痛、胸痹等症。现代药理研究证实本药对免疫功能和子宫活动有双向调节作用，并能抗贫血、升白、升血小板、扩冠、抗心肌缺血和心律失常，并有抗炎、镇静、镇痛、通便利尿、抗维生素E缺乏和抑菌作用。

（7）白芍：味苦酸，性微寒，功能养血补阴、柔肝止痛，临床常用于治疗肝旺脾弱、肝胃不和引起的腹痛、月经不调和血虚引起的四肢肌肉痉挛抽搐等症。现代药理证实本药有解热、消炎、镇痛、镇静作用，能缓解平滑肌和骨骼肌痉挛、扩张血管、抗贫血、护肝、抗溃疡，并增强单核—巨噬细胞吞噬功能，对痢疾杆菌有较强抑制作用，对某些致病性真菌也有一定抑制作用。

（8）何首乌：味甘、苦、涩，性温，功能补肝肾、益精血、通便、解毒，临床常用于治疗血虚阴亏之腰酸耳鸣、头晕惊悸以及须发早白之证。其主要药理作用有降脂、抗动脉硬化、扩冠、抗心肌缺血，能护肝、强心、清除自由基、抗衰老，并有健脑、保护血细胞及皮质激

素样作用。

（9）阿胶：味甘，性平，功能补血止血、滋阴润肺，为治疗失血、血虚的要药。其主要药理作用有抗贫血、升白、升血小板，抑制血管通透性，促进淋巴细胞转化，并能促进钙转运，抗维生素E缺乏，改善营养性肌变。

（10）鸡血藤：味苦、微甘，性温，功能养血活血、调经通络，为治疗血虚兼筋脉拘挛、屈伸不利的常用药。现代药理证实本药能抑制炎症渗出，抗贫血、升白、降脂，促进肾脏、子宫代谢，且有降压作用。

（11）地黄：生地黄味甘，性凉，功能滋阴清热、凉血止血，为治疗热入营血、斑疹、高热惊厥及热性出血的常用药；熟地黄味甘，性微温，功能滋补肾精、补血调经，为治疗血虚和阴虚证的常用滋补药。现代药理证实，二者均有抗炎及皮质素样作用，并能护肝、降糖、扩冠、强心利尿、降压、降脂以及抗贫血和免疫调节作用。

（12）山茱萸：味甘酸，性温，功能补益肝肾、收敛固涩，因其既能补阴，又能补阳，故无论阴虚、阳虚皆可用之。又因既补且敛，故为善治肝肾不足而见滑脱之证的常用药。现代药理证实，山茱萸能促进抗体生成，降糖，扩冠，并能提高心血管功能而抗休克，能对抗自由基的损伤，另对环磷酰胺引起的白细胞减少有明显的治疗作用。

（13）五味子：味酸，性温，功能益气生津、补肾养心、收敛固涩，临床常用于治疗气阴两伤及精气耗散之证。现代药理证实其能调节中枢神经活动，提高其灵活性，并能强心、护肝、降酶、解毒，能降低抗“O”滴度，兴奋垂体—肾上腺皮质功能，果仁提取物还对细胞和体液免疫均有抑制作用，并促进胃液、胆汁分泌，对多种病菌尚有抑制作用。

（14）石斛：味甘，性寒，功能养胃生津，为治疗热病伤津、胃阴不足和胃热兼有虚火的常用药。药理研究证实其能解热、消炎，促进胃液分泌和胃肠蠕动而能缓和通便，并可用于治疗环磷酰胺引起的白细胞减少。

（15）沙参：味甘淡，性微寒，功能养阴润肺、益胃生津，为治疗阴虚燥咳和津伤口渴的常用药。现代药理证实，本药有祛痰、强心、降温、镇痛作用，并能抗溃疡，延长抗体存在时间。

（16）麦冬：味甘、微苦，性微寒，功擅滋阴润肺、清心除烦、养胃生津，临床常用于治疗阴虚燥咳和热病津伤、心烦口渴等症。据现代药理研究，本品能明显增强网状内皮系统吞噬功能，促进抗体生成，延长抗体存在时间，对环磷酰胺引起的白细胞减少有治疗作用。体外试验有抗菌作用，并能解热、消炎、镇咳、祛痰、强心、利尿，另有滋补强壮作用。

（17）淫羊藿：味辛，性温，功能温补肾阳、强壮筋骨、祛风寒湿，兼能止咳平喘，为治疗阳痿、遗精、尿频、腰酸痹痛的常用药，尤其由肾阳虚引起的下肢瘫痪疼痛、筋骨挛缩、手足麻木更为适宜。现代药理证实，本品不但对体液免疫和细胞免疫均有增强作用，而且还能兴奋垂体－肾上腺皮质系统功能，促进性腺功能，促进核酸、蛋白质合成和能量代谢，抗氧化和抗骨质疏松，保护软骨，另能扩冠、降脂、抗炎、降压、镇咳、祛痰、平喘，其水煎液还对多种病毒和细菌具有抑制作用。

（18）补骨脂：味辛、苦，性大温，功能补肾助阳、温脾止泻，为治疗脾肾阳虚之五更泻及肾虚腰痛、阳痿、遗精、遗尿、尿频的常用药。现代药理证实，本品能促进巨噬细胞吞噬功能，对体液免疫有调节作用，且能对抗环磷酰胺的抑制造血功能，并有扩冠、强心、解痉、平喘、升白、抗过敏作用，对白癜风、银屑病有治疗作用，挥发油还具有抗癌作用。

（19）肉苁蓉：味甘、咸，性温，功能补肾益精、润肠通便，临床常作为强壮、通便的常用药。现代药理证实，本品能促进核酸、蛋白质合成和能量代谢，促进细胞免疫和体液免疫，兴奋骨髓造血机能，润燥通便。

（20）冬虫夏草：味甘，性平，功能补虚羸、益肺肾、止喘嗽，临床除用于治疗虚喘、劳嗽、阳痿、遗精等病证外，还常作为慢性病的调补品。据现代药理研究，本品有解痉、平喘、扩冠、降压、降脂、镇静等作用，能抑制实验性肺气肿，增加脑营养血流量，兴奋垂体—肾上腺皮质系统功能，促进淋巴细胞转化，并能对抗激素和环磷酰胺对免疫功能的抑制而使白细胞增加。另外，动物实验尚有抗癌作用。

（21）菟丝子：味辛、甘，性平，功擅补肾阳、益精气，临床常用于肾虚体弱引起的腰酸背痛、遗精、早泄、尿频等症。其主要药理作用为扩冠，降低心肌耗氧量，抗心肌缺血缺氧，抑制血小板聚集，兴奋骨髓造血功能，并有抗氧化作用，能增强细胞免疫、体液免疫、巨噬细胞功能和性腺功能。

七、类风湿性关节炎治疗的几个重点

类风湿性关节炎是一种以关节病变为主的全身免疫性疾病。其突出的临床表现为反复发作的对称性的多发性小关节炎，以双手、腕、足关节最常受累。本病的早期阶段以关节红、肿、热、痛和功能障碍为主，与风湿性关节炎颇为相似，为示区别，故冠以“类风湿性关节炎”之名。随着病情的反复发作，病变关节可因肉芽组织或血管翳的形成而破坏关节软骨，使上下两个关节面互相融合在一起，导致不同程度的僵硬和畸形。据统计，本病患者自发病起10年内，便有60%的病人致残。因此，它是一种致残率较高的疾病。

类风湿性关节炎系常见病、多发病。其发病情况在不同的国家和地区有所不同，男女之间也有差别。据统计，其国际发病率约占1%左右。其中美国约占5.9%，英国约占4.2%，前苏联约占1.9～3.5%，日本约占0.5～1%。我国至今尚无大量人群统计，但据1985年的有关统计资料表明，我国的平均患病率约为0.4%，按全国总人口12亿人推算，大约有400～500万之多的类风湿性关节炎患者。本病可发生于任何年龄，以20～50岁的青壮年为多，人生在此阶段，正是思想成熟、精力充沛、事业有成的黄金时期，是社会、家庭的顶梁柱，人若一旦罹患此病，不仅病人痛苦，而且给家庭和社会将带来不可估量的损失和影响。

虽然类风湿性关节炎患者可因明显的关节肿痛症状造成关节功能活动障碍，影响日常生活和工作，严重者生活不能自理。一般而言，本病很少危及生命。据统计，本病如能早期发现，早期诊断，合理治疗，约10%的病人在一年内可以消退，10%属难治性，往往对多种治疗方法无反应，而80%的类风湿性关节炎病情活动与静止交替出现，处于既不痊愈又不死亡的慢性过程。此时，如不注意正确的姿势，进行合理的医疗指导和监督，可发生各种不同的关节畸形和身体残废，病人长年累月在苦难中挣扎，过着“死不了，活不成”的“监禁”生活，因而被人们戏称为是“不死的癌症，活着的僵尸”。因此，对于大多数的类风湿性关节炎患者来讲，必须坚持长期的治疗。为此，探索无毒无害且远期疗效较佳的治疗方法，是医药卫生工作者迫在眉睫的中心任务。目前，尽管有中医、西医、中西医结合三方面的专业技术队伍在本病的研究上做了大量工作，尤其是雷公藤药物的广泛推广和应用，使相当一部分病人不仅病情得到控制，而且功能受限的百分比大大减少。但是，我国领土辽阔，人口众多，风湿病学专业人员数量少与病人数量大的矛盾仍较突出，大量类风湿性关节炎病人需经非本专业医务人员处理的现象估计在短期内得不到解决，加之我国风湿性病学研究起步较晚，与世界发达国家的研究相比还存在很大差距，有不少的临床医务工作者对本病的认识仍然停留在陈旧、不正确的认识水平上。因此，进行本专题讨论的目的拟在于为从事本病研究的临床医务工作者、病人及家属提供全、精、新的诊治信息，从而树立起他们战胜疾病的信心，对类风湿性关节炎病人的病情好转或康复起到有益的作用，力争把令病人痛苦的致残率降低到最低限度。

（一）合理抗炎，尽早使用病情改善药物

对于类风湿性关节炎的治疗，目前尚无特效的根治方法。因此，不少病人、家属甚至有些医生都错误地认为类风湿性关节炎无法治疗，一旦患病，将陪伴终生，最终因关节强直、畸形成为残废。这种悲观失望的思想情绪，不但使许多本来行之有效的治疗方法不能发挥其应

有的作用，而且很容易造成病人丧失与疾病作斗争的信心和决心。加之在认识上的一无所知，对本病发展听之任之，或在治疗上随心所欲，偏听偏信，心理上急于求成，到处求医，或借助于庸医、偏方，致使许多患者贻误了早期诊断和早期治疗的时机，造成难以挽回的不良后果。

类风湿性关节炎属相当难治的慢性病，不但病程缠绵，治疗效果慢，而且极易复发，难以在短期内彻底治愈。因此，那种认为类风湿性关节炎很好治，甚至幻想有神奇药物或疗法在旦夕之间就能治好，把希望寄托在“包治百病”的江湖郎中身上的思想也是不现实的。病人及其家属一旦在治疗中遭受挫折，或受骗上当，很容易心灰意冷，甚至放弃治疗，半途而废。

类风湿性关节炎治疗的目的至少包括 3 个方面：其一，改善症状，即缓解患者因炎症反应引起的关节疼痛、肿胀以及伴发的其它症状；其二，改善或控制病情活动或进展，防止关节出现不可逆的破坏；其三，保持或恢复关节功能，使病人保持一定的劳动和生活能力，以适应正常的工作、劳动和生活。在当前种类繁多、琳琅满目的诸多治疗药物和治疗方法中，虽然任何一种药物或治疗方法不一定对所有病人有效，也不一定对同一病人的每个时期都有效。但我们在临床中观察到：只要充分发挥病人的主观能动性，加强医患合作，同时施以正确而强有力的综合治疗，包括中药和西药、内治和外治、内科和外科以及心理治疗、体育疗法、物理疗法等等，对于大多数病人，都能达到减轻疼痛、控制病情进展、防止关节畸形、改进或重建关节功能的目的。也即都能达到上述要求的 3 种目的。至于那些对多种治疗无效，病情持续进展且较快致残的恶性类风湿性关节炎病人，仅占极少数。认为本病无法治疗和容易治愈的思想都是没有科学根据的。

治疗本病的药物，通常按药理作用，将其分为一线药（即非甾体类抗炎药）、二线药（包括青霉胺、金制剂、雷公藤制剂和氯喹等，亦称改变病程或致缓解药）、三线药（即免疫抑制剂，如硫唑嘌呤、环磷酰胺等）等 3 大类。另有其它许多尚不成熟而处于试验阶段的药物。有些临床医生在选择上述药物进行治疗时，往往只注重关节症状的改善，而不注重关节外其它系统受损的治疗；或只注重药物治疗，而忽视了药物治疗以外的其它行之有效的方法，如心理治疗和康复锻炼等，即对类风湿性关节炎的治疗，缺乏综合治疗意识和整体部署。进行综合治疗时，一要避免乱用治疗措施和用药越多越好的现象，二要针对每个病人各自不同的病情，采用合理的治疗方法和药物，尤其在应用药物进行治疗时，应重点把握以下两点：

1. 合理使用非甾体类抗炎药

非甾体类抗炎药，又称非激素类抗炎药，系指不含皮质激素的一类抗炎药物。这类药物种类繁多，通常按化学结构，将其分为芳已羧已酸类、芳已脲菲酸类和已醇酸类 3 大类。其中芳已羧已酸类又可分为水杨酸类（常用药物如阿司匹林和水杨酸钠）和灭酸类（如氯灭酸、甲灭酸和甲氯灭酸）；芳已脲菲酸类又可分为芳已乙酸类（如双氯灭痛）、芳已丙酸类（如布洛芬、萘普生、芬布芬、优布芬等）、杂环芳已乙酸类（如扶他啉、痛灭定）、吲哚类（如消炎痛制剂、奇诺力）；已醇酸类可分为吡唑酮类（如保太松、羟基保太松、菲普拉腙）、喜康类（如炎痛喜康）。它们共同的作用机理为：①都能抑制前列腺素合成酶的作用，从而阻断花生四烯酸转变为前列腺素，使前列腺素生成减少。②稳定溶酸体膜，阻止白细胞分解和释放溶酶体酶所引起的炎症反应。③抑制炎症组织内三磷酸腺苷酶的活性，从而阻断炎症的能量供给。④降低炎性细胞的趋化性能，减低细胞膜的通透性，以防炎性介质的释出。因而在短

期使用时，即可缓解症状，改善关节功能，较大剂量应用还可减轻炎症，对类风湿性关节炎因炎症反应引起的发热和关节肿痛症状均有明显的治疗效果，是目前应用最广泛的抗风湿药物。

非甾体类抗炎药的副作用不尽相同。其中的大多数药物都有轻重不同的胃肠道反应，如纳差、上腹部疼痛、恶心，严重者可出现消化道溃疡、出血，甚至穿孔。有的药物还可出现过敏反应和肝、肾功能的损害，临床表现为皮肤斑丘疹、荨麻疹或固定性药疹；肝功能损害可表现为谷丙转氨酶、谷草转氨酶增高，也可出现黄疸等中毒性肝炎的症状；肾功损害可出现蛋白尿、管型尿、血尿素氮和血肌酐升高，严重者可引起间质性肾炎、肾乳头坏死等。除此以外，部分药物还通常有神经系统损害和听力障碍，表现为头痛、头晕、耳鸣耳聋、听力下降、周围神经炎以及味觉异常等，极少数药物还可出现浮肿、尿少、高血压以及血液系统损害，如贫血、白细胞减少、血小板减少甚至出现再障。因此，凡有活动性胃或十二指肠溃疡、消化道出血、哮喘、震颤麻痹以及有肝、肾功能不全者应禁用，对严重水肿、心脏病、高血压、白细胞或血小板减少症以及有过敏体质者应慎用或禁用。为了预防药物对胃肠道的刺激，使用本类药物都应在饭后即服，避免空腹服用。对药物治疗效果反应良好，但胃肠道反应却难以耐受的病人，可加用抗酸剂如胃舒平、胃速乐等，也可加用 H_2-受体阻滞剂如甲氰咪呱、雷尼替叮等，或使用药物的缓释剂，如芬必得、扶他林或栓剂、搽剂，如消炎痛栓、扶他林乳胶剂以及波菲特等，以减少药物的胃肠道损伤。对有皮肤瘙痒、皮疹等轻度过敏反应者，可配用扑尔敏、赛庚啶或息斯敏，诱发高血压或浮肿时，可加用小剂量利尿药。对发生严重过敏反应以及出现肝、肾功能不全或血液系统损害者，应立即停药。因本类药物在使用前无法预料其各个药物的疗效及耐受性，故用药前一定要查明有无此类药物的用药史和过敏史，疗效和耐受性如何，出现副作用后应激处理等都应有全面的了解，且在使用时要视病情因人而异。在疾病早期，宜用长效制剂，病程长、病情重以及老年患者，应选择半衰期短的药物，即选择非甾体类抗炎药，应本着有效而简便、经济、副作用最少的原则而灵活掌握。

非甾体类抗炎药作为传统治疗策略的一线药物，不仅具有用药简单、安全的特点；而且合理应用，还可达到抗炎、镇痛以改善症状的目的。但是，若真正达到用药的正确合理，使其最大限度地发挥药物治疗效果和降低药物副作用的发生，除了注意前述药物本身的副作用和禁忌症外，尚需注意以下几点：

(1) 非甾体类抗炎药不能治愈类风湿性关节炎。从非甾体类抗炎药的作用机理中可以看出：本类药物虽有明显的抗炎、止痛和解热作用，且口服后胃肠吸收好，疗效快，通常服药后 2～3 天即可见效，但是它们对类风湿性关节炎的免疫病理损伤不发生根本性的影响，也即非甾体类抗炎药并不能改变类风湿性关节炎的病程，因而也不可能治愈类风湿性关节炎。然而在临床中，有不少医生以至病人及其家属，认为本类药物是首选措施就能够治愈类风湿性关节炎，致使许多的类风湿性关节炎病人长期、无体止地轮换使用一种或多种抗炎药，尽管在治疗期间症状可获一时改善，殊不知这种积年累月的治疗，既不可能控制病变进展，也达不到治愈目的，反而带来诸多的药物副作用，致使病情加重。

(2) 注意个体差异性，从药物到剂量要因人而异。许多病人对不同的非甾体类抗炎药反应不同，耐受性亦不一样。例如，有的病人服用消炎痛疗效好，面另一些患者在应用消炎痛时，副作用大，不能耐受。有的患者对布洛芬或萘普生反应好，而个别人则可能对其产生过敏反应。用药剂量的个体亦是如此，以布洛芬为例，有的患者每日用量 0.6 克时，就发生不

良反应，甚至难以耐受，或医生开处方给予 0.6 克，每日 4 次时，药房认为用法错误而拒绝发药。但有的患者只有在较大剂量应用时才产生良好的治疗效果，且无明显的副反应。据报道，国外最大剂量已用至每日 3.8 克。故在用药时，要从每个病人对药物疗效、耐受性和安全性等方面考虑，强调个体化，从药物到剂量必须因人而异。

（3）本类药物的治疗作用往往与其副作用成正比。一般而言，非甾体类抗炎药小剂量即有止痛作用，大量才有抗炎作用。但是，随着用药剂量的增大，其发生副反应的机率和程度都随之增加，即药物的治疗效果与其副作用成正比关系。越是抗炎镇痛强而持久的药物，其药物的副作用也越大。以部分非甾体类抗炎药的胃肠道反应为例，有人曾对炎痛喜康、消炎痛、布洛芬和萘普生作比较，其止痛效果最好的当推炎痛喜康，其次为消炎痛，再次为布洛芬和萘普生。但是其胃肠道反应最明显的也是炎痛喜康，其次为消炎痛，最轻的为布洛芬和萘普生。导致其胃肠道反应的原因除了口服直接刺激胃粘膜外，一般认为，还与非甾体类抗炎药抑制前列腺素合成，从而影响胃肠分泌并破坏胃粘膜屏障的完整性有关。为此，目前已有些新制剂，它们的胃肠道无活性，只有在吸收代谢后才有活性，从而减轻了胃肠道的副作用。

（4）不主张本类药物的联合应用。类风湿性关节炎属慢性疾病，许多人不懂得慢性病的概念或过于担心自己“伤残”后丧失劳动能力，加之长期精神和肉体上的折磨，常使病人产生消极、失望以及烦躁焦虑情绪，甚至幻想有神奇药物或同时服用多种药物在短期内把病根除，致使许多人认为同时服用 2 种或 3 种以上的药物总会比 1 种药物的治疗效果好。因此，在临床上，同时服用多种非甾体类抗炎药的现象屡见不鲜。如患者常将消炎痛、布洛芬、萘普生、菲普拉腙等药物联合长期应用。殊不知，这种长期联合用药的结果，不仅不会增加药物疗效，相反有增加副作用的可能性。如消炎痛与水杨酸制剂合用，可增加对胃肠道的刺激与损害，并减少胃肠道对消炎痛的吸收，降低疗效。布洛芬与萘普生合用时，有相互竞争性抑制作用，并增加对胃肠道的刺激。因此，在选择非甾体类抗炎药时，不宜将本类药物联合应用。若确实应用一种非甾体类抗炎药治疗 3 周以上效果不佳，可换用另一种。如果病情需要，如夜间痛、晨僵严重，可在夜间加用一次消炎痛或炎痛喜康之类长作用药，确实需联合时，应注意药物间的相互作用，有无竞争、抑制或其它副作用。

2. **尽早使用病情改善药**

所谓病情改善药，是指具有可能阻止或改变类风湿性关节炎病程进展的一组药物。通常亦称为改变病程药物。这类药虽然也并不是治疗本病的特效药，但从其降低血沉、C 反应蛋白和类风湿因子效价，以及可能逆转骨侵蚀来看，有可能影响疾病本身的免疫病理过程，从而起到缓解病情的作用，因此，又常称为疾病的致缓解药或基础治疗药。又由于应用此类药物需要 3 个月左右方能生效，作用缓慢，故又称为慢作用药物。这类药物的最大优点是：一旦药物发挥疗效，则作用持久，维持时间长，而且对类风湿性关节炎的关节外症状亦相当有效。但是，此类药因毒副作用多而严重，故多年来一直作为治疗本病的二线药物而多用于经非甾体类抗炎药治疗半年以上无效或开始治疗时病情已属 Ⅱ 期以上者，或已用大量皮质激素，对激素产生依赖性而不能撤除的病人。常用药主要包括金制剂、青霉胺、抗疟药以及雷公藤等。

在当前治疗类风湿性关节炎的诸多药物中，尽管供选择的药物种类多种多样，但是，很多被标榜的“新药”，其考核评价多只满足于减轻症状或取得近期的疗效，长期使用后，病情依然进展，有不少的患者在轮换使用多种中成药或非甾体类抗炎药的过程中，丧失了治疗的

宝贵时机，造成不可逆转的不良结局。因此，新的观点认为，类风湿性关节炎的诊断一经确立，应立即投予病情改善药。这些药虽然作用机制不同，起效时间各异，但联合用药并不增加毒性，而且多数的药物损伤是可逆的。遗憾的是，部分医生、病人及家属，不能充分认识本类药物的重要性，或因惧怕本类药物的副作用而很少接受病情改善药的治疗。据有关资料统计，在治疗方法上，愿意中西医结合治疗者占50%，单纯愿用中药治疗者占30%，单纯接受西医药治疗者为10%。在10%接受西药治疗的病人中，能够正确使用此类药物治疗的更占其少数，这对病人的病情是相当不利的。

在临床常用的病情改善药中，雷公藤作为我国首先发现的一种抗风湿药物，其疗效已为国内外所注目。有关其成分、药理以及治疗类风湿性关节炎作用机理的研究将在雷公藤研究中另行讨论。在对青霉胺、金制剂以及抗疟药（主要包括氯喹和羟氯喹）的使用方面，应注意掌握以下几点：

首先，在使用本类药物时，应全面了解其药理作用和治疗中的不良反应，针对具体情况，做到权衡利弊，合理搭配使用。这些药物共同的副作用主要有：①味觉改变或缺失。发生率常与用药剂量有关，常发生于开始治疗的头3～4个月，表现为饮食无味、特殊金属味、口臭及上腹胀等。②皮肤粘膜损害。服药早期，尤其在治疗的前1个月，少数患者可出现过敏反应，如充血性皮疹、荨麻疹或湿疹样皮疹，常予停药或对症处理后症状消失。③胃肠道反应。可出现消化不良、恶心呕吐，甚或腹痛腹泻。④肝肾功能损害。可发生肝功能异常、黄疸以及蛋白尿、血尿、肾病综合征等表现。⑤血液系统损害。最常见的血液学改变是血小板减少，贫血和粒细胞减少症较为少见。⑥个别病人可出现重症肌无力、肌无力综合征和神经炎等表现。另外，在应用抗疟药时，还应特别注意眼的病变，表现为易疲劳、目胀或压迫感、飞蚊症等。角膜检查可发现有点状物沉着或斑块状物，严重者可发生视网膜炎，表现畏光、视物模糊、视野缩小、复视和夜盲。因此，在出现药物不良反应的前兆症状后，即应提高警惕，及时采取补救措施，严防药源性疾病的发生。

其次，在药物的用法上，应以不影响疗效，又不或少出现副作用为原则。以青霉胺为例，过去绝大多数的国内外学者均主张采用中、大量治疗，即每日青霉胺用量为0.5～1克，结果70～80%的患者，因胃肠道、肝、肾或血液等产生严重副作用而被迫停药，仅20～30%的患者能坚持用药1年以上。近年来，通过采用“小剂量，缓慢加量”的治疗方法，已使上述副作用发生的机率和程度大为降低。即青霉胺起始量为每日0.125克，1周后逐渐加量至每日0.25克，1次服用，待症状完全缓解后改为每日0.125克，长期服用。

第三，本类药物作用缓慢，维持时间长，难以获取近期疗效。故对于类风湿性关节炎，全身症状较多或疼痛剧烈，难以忍受，尤其是早期，关节肿痛症状突出时，应尽可能的与其它非甾体类抗炎药或肾上腺皮质激素联合用药。80年代末以来，国外已积极推荐联合化疗方法治疗类风湿性关节炎，其目的拟在于发挥药物的最佳疗效及最大限度地减少药物不良反应，尽早地治疗早期类风湿性关节炎。在提出的许多组合化疗方案中，其中较普遍使用的是以一种非甾体类抗炎药，同时加用甲氨喋呤及金制剂（如瑞得）或青霉胺，甲氨喋呤治疗4～6周产生疗效，连续用药3～6个月停用。若症状得到控制，非甾体类抗炎药也可撤除，以金制剂维持治疗2年以上。

另外，使用本类药物，还应对病人积极进行医务教育，即告诉病人，用药后约有60%的病人有效，另约有40%左右的病人可能无效或疗效不肯定。从而加强医患合作，以便在治疗

中胸有成竹，确实无疗效时，及时更新治疗方案。

（二）合理使用激素，切忌滥用激素

自40年代末肾上腺皮质激素问世以来，因其有强大的抗炎止痛作用，在世界上曾受到广泛重视，成为有史以来最强的抗炎和抗过敏药物。因此，在控制类风湿性关节炎症状方面，目前没有任何一种非甾体类抗炎药与其相比，不失为治疗类风湿性关节炎的一种有效抗炎药物。由于缓解症状快，病人用药后全身症状，包括晨僵、乏力以及低热等可在短时内明显减轻，故常被许多临床医生、病人及其家属作为治疗本病的“灵丹妙药”长期使用。更甚者，有的个体医生，为了迎合病人急于求成的逆反心理，常在自己所谓的“偏方”中加入不适量的激素，从中骗取钱财，牟取暴利，致使激素滥用的现象愈演愈烈。据报道，临床约有近40～60%的病人普遍应用中等量至大剂量皮质激素长期治疗类风湿性关节炎。40余年的临床实践证实，肾上腺皮质激素并不像人们当初期望的那样，它不但不能阻止类风湿性关节炎的病程进展，从根本上彻底达到治愈，而且长期使用后产生的毒副作用以及医源性损害，甚至超过类风湿性关节炎本身，且长期服用此类药物的患者，一旦药物减量或撤除，病情会立即加重，有时成为致畸致死的重要原因。也就是说，迄今为止，单以皮质激素达到控制或治愈类风湿性关节炎的证据仍然极少，而该类药物给患者带来的严重副作用甚至致命性的报告却屡见不鲜。因此，临床越是有经验的医生，对激素的应用就越会持慎重态度。

激素治疗类风湿性关节炎已有较久的历史，虽然它不能根治疾病，不是治疗的首选药，但在某些特殊情况下，只要指征明确，使用得当，也可发挥有益作用。激素不可滥用，不是首选药，并不等于类风湿性关节炎禁用激素。近年来随着人们对皮质激素治疗作用和副作用认识的不断深入，尤其在80年代“金字塔”治疗思想的影响下，有的医生、病人及其家属因惧怕激素的副作用而在有明显使用指征的情况下也不敢或不愿加用激素治疗。更有的患者，在经历“用激素容易，停激素难”的折磨后，提出“誓死不用激素治”的口号。因而对类风湿性关节炎的治疗造成不利影响。进入90年代后，在类风湿性关节炎的整体治疗部署中，有人认为当采取“倒三角”的治疗部署，即对“金字塔”中肾上腺皮质激素的应用采用了“下台阶”方法，并认为激素不但有显著的消炎止痛效果，而且有明显的病情缓解作用，以往在激素研究中存在的主要缺点，是激素的使用剂量过大，用药时间过长，因面药物不良反应突出，甚至超过其治疗作用，加之在激素疗效的评价时只注重反映抗炎效应的指标，而忽视了病情缓解作用，故临床医生的选择用药时，必须根据患者的具体情况及疾病的活动程度确定是否用及所用的剂型和剂量，对小剂量长期使用激素的病人也不容忽视其不良后果。

为了克服激素滥用的现象，使其既有效地发挥治疗作用，又不引起明显的副作用，一般认为，使用激素的指征主要有以下几种情况：

（1）病人有发热、贫血、心率明显增快、体重下降等全身症状时可用激素迅速控制症状。

（2）关节外的症状较突出，如类风湿性关节炎出现了类风湿性肺炎、血管炎以及虹膜睫状体炎等，如不及时处理，对生命构成威胁或影响视力者。

（3）顽固性类风湿性关节炎，即经过各种治疗措施，病情依然不能缓解而持续进展的病人，可试用小剂量短疗程的激素治疗。

激素常见的副作用有：先是食欲亢进，脂肪异常沉积如满月脸、水牛背、向心性肥胖等，痤疮、多毛症、紫癜以及兴奋、多语、失眠多梦、抑郁、恐惧等中枢神经系统的症状，随着

用药时间的延长或剂量的增大，可逐渐出现水肿、高血压、糖尿病、月经失调、精神分裂、眼压增高，以及肾上腺皮质功能低下的表现，严重者可导致消化性溃疡、出血或穿孔，骨质疏松或病理性骨折、股骨头无菌性坏死、严重感染等。因此，对合并有活动性肺结核、消化道溃疡、精神病、癫痫发作、白内障、严重高血压、心肌梗塞、糖尿病以及局限性化脓性病灶者，严禁使用。

皮质激素不是治疗本病的首选药，不可滥用，不可久用，更不可盲目使用。使用前，除了严格掌握适应症和禁忌症外，医生和患者还应注意以下几点：

(1) 在剂型选择上，尽可能地选择半衰期短、体内维持时间短、代谢快的药物，如强的松或强的松龙等，尽量避免应用药物半衰期长、有体内蓄积、代谢慢的药物，如地塞米松或倍他米松等。

(2) 剂量宜小，疗程宜短。以强的松治疗为例，强的松每日用量不应超过 10 毫克，疗程一般为 1～3 个月，不宜超过 3 个月。

(3) 症状控制后不可突然停药，要逐渐减量直至停用。如强的松，每日 10 毫克，治疗 1 个月，病情稳定后，可按每间隔 1～2 周递减 1.25 毫克（即 1/4 片）的速度，直至停用。对使用激素治疗时间长，对皮质激素发生依赖，稍一减量即发生“反跳”的病人，尤其是老年人，除了反复耐心向患者解释激素治疗的利与弊外，可同时并用瑞得、青霉胺或其它改变病程药物，并应使用 1 年以上。

(4) 当类风湿性关节炎的全身多数关节炎症已获控制，仅留有一个或少数的四肢关节炎症未愈时，在身体条件允许的情况下，可进行关节内注射。关节腔穿刺注射一方面可抽出关节渗液，直接向炎性部位注入药物，从而有效地缓解肿痛症状，促进炎症消退；另一方面，效力强的药物直接作用于局部病变部位，可极大地减少全身使用皮质激素带来的不良反应。进行关节腔注射时，一要注意严格无菌操作技术，二要注意关节腔注射用药的间隔时间越长越好，一般至少间隔 4 周，一个关节腔注射用药次数不宜超过 3 次。

(5) 定期复查血压、血糖和尿糖以及血脂、血生化检查，如有异常改变，及时对症处理。对出现明显骨质疏松或病理性骨折者，可并用活性钙剂及维生素 A、D 胶丸。

(三) 重视综合治疗，加强康复锻炼

类风湿性关节炎是一种慢性全身性疾病，因其病因不清，无理想的治疗方法，故在临床仍属难治性疾病之一。由于不少患者只依赖于某种药物或某种治疗方法，常常过多地休息而忽视关节功能锻炼，尤其在类风湿性关节炎的急性期，病人常因关节肿痛症状明显而不敢或不愿活动，加上医生过分强调休息的治疗方法，从而加重了关节的僵硬和畸形，不利于病人体质和关节功能的恢复，致使关节炎症消退后，其关节活动度已发生不同程度的功能障碍，丧失了生活自理或劳动能力，不仅对患者造成不幸，也给家庭和社会带来沉重负担。

类风湿性关节炎的治疗应该是包括多学科共同协作的综合治疗，如内治和外治、内科和外科、物理疗法和康复锻炼等，另还有许多古今中外行之有效的民间疗法，如热熨、热敷、熏洗、蒸汽、沐浴、药棒、蜂毒以及食疗等，至今仍对类风湿性关节炎的治疗发挥着十分积极的作用。在应用这些综合措施进行治疗时，既要避免盲目乱用和越多越好的现象，又要注意各种治疗方法之间相互结合而不可偏废，应根据病人的具体病情，采用合理的治疗药物和辅助措施。一般而言，在类风湿性关节炎的炎症活动期，应以内服药物迅速控制炎症和阻止病

情进展为主，适当配合一些外治疗法或理疗，以改善局部症状。此时要注意劳逸结合，适当减少病变关节的活动。当炎性症状控制后，可在巩固上述治疗效果、预防急性发作的基础上，逐渐增加关节的功能锻炼，不能将关节长期固定于某一位置上，还可配合针灸、推拿等，以促进疾病的恢复。进入慢性期或稳定期的病人，应以中药辨证论治。调理脏腑功能和气血为主，从而增强体质，增加抗病能力，除继续加强各种有利于恢复关节功能的综合治疗措施外，应重视加强康复锻炼，对有关节畸形或强直的病人，可考虑手术治疗。

在类风湿性关节炎的各种综合治疗中，物理疗法作为一种古老而年轻的治病方法，已普遍用于临床。它是应用自然界和人工的物理因素，如光、声、电、热、水、磁、蜡等来防病治病的手段，因而对类风湿性关节炎的慢性期具有较好的辅助治疗作用。适用于本病的物理疗法种类很多，如一般医院常用的红外线辐射、超短波、微波、磁疗、蜡疗等，以及大中型疗养院开展的泥疗、矿泉浴、蒸汽浴等，对改善局部血液循环，缓解肌肉痉挛和疼痛，促进炎性渗出物的吸收，协助病人锻炼和活动受累的关节均有重要作用，故对慢性关节炎都有一定的症状治疗作用。但是，物理治疗没有控制类风湿性关节炎发展的功效，不能代替其它药物，尤其是病情改善药的作用，治疗时必须结合药物治疗合理应用。对于正在发热或关节炎症正处于急性发作期的病人，都应暂停使用，以免使受累关节肿痛症状加剧。至于综合治疗中的其它方法，包括针灸、按摩以及民间常用的热熨、热敷、熏洗、药棒等疗法，其作用机理和治疗效果与物理治疗大同小异，临证时，可根据患者所处的具体条件灵活搭配选用。

根据我们的体会，类风湿性关节炎的治疗，除了给予药物和各种综合治疗的被动措施外，还必须调动起病人的主观能动性，那就是积极主动地进行康复锻炼。康复锻炼的一个重要特点，是病人的自我治疗、自我锻炼，因此，其最终关节功能保持和恢复的程度，与病人的主观因素密切相关。由于康复锻炼一方面可保持或改善病变关节的功能和运动范围，防止肌肉萎缩，避免僵直挛缩，保持肌肉张力，从而维持关节的稳定性；另一方面、康复锻炼时通过运动可促进血液循环，改善局部营养状态、使病人精神振奋，体力增强，唤起与疾病斗争的信心，从而提高机体对各种功能的调节和控制能力。因此，它既是局部治疗，也是全身治疗。即通过局部的功能锻炼，达到全身五脏六腑和气血功能的保持和增强。康复锻炼的独特作用是其它疗法所不能取代的。

康复锻炼时的一个重要原则，是要保持动静结合，以动为主。即主动锻炼与被动锻炼相结合，而以主动锻炼为主。因为被动运动是必须依靠人或机械的外力帮助完成的动作，运动中虽然肌肉主动收缩，但不能进行抗阻力运动，且长期的被动治疗病人容易产生依赖心理，对毅力的锻炼和心理康复造成不利影响。因此，对类风湿性关节炎病人，过多地给予生活照顾，反而对功能的恢复不利。故凡是病人自己能做的事情，尽量不要求助别人。

常见的康复锻炼方法通常有以下几种：

(1) 保健医疗体操。是根据患者受累部位的不同来选择不同动作和运动量进行治疗的方法。它具有针对性强、适应面广的特点，是体疗的主要方面。以运动关节为主时，可灵活选用适于不同关节的“指关节操”、“腕关节操”、“肩、肘关节操”和适于下肢关节活动的“髋、膝、踝关节活动操”。

(2) 作业疗法。是通过病人参加一定的户内或户外的生产劳动，来进行治病的一种方法，故又称劳动疗法或工疗。利用适当的生产劳动动作来锻炼身体，不仅能促进人体身心健康，为将来重返工作岗位做准备，而且可以使病人生活变得丰富多彩。

(3) 日常生活活动训练　主要是针对晚期类风湿性关节炎病人出现残废时，其日常生活活动，包括衣、食、住、行、个人卫生都有困难时，为了培养病人独立生活的能力和战胜疾病的信心所进行生活基本动作和技巧训练的治病方法，从而能够达到不依赖他人而独立生活，完成必要的生活自理能力。

此外，康复锻炼还有很多种，如太极拳、八段锦、气功以及步行、慢跑、游泳、爬坡等耐力运动，选择得当，均可发挥有益作用。

康复锻炼最好在专科医生的指导下进行，因为过量蛮干的锻炼方法，反而导致病情加重。进行康复锻炼时，应注意以下几点：

(1) 掌握适应症。适合运动锻炼者应是无发热、血沉低于 50mm/h、C 反应蛋白阴性的亚急性期或慢性期的患者，对急性进展期的发热病人，暂不适于功能锻炼。

(2) 康复锻炼要循序渐进、持之以恒。类风湿性关节炎的活动可依病情而定，但活动量必须遵循由小到大、循序渐进的原则，在活动时间上可由短到长，活动次数由少到多，活动方式可由被动变为主动，一直增加到病人可以耐受的程度为止。例如前一天活动未增加关节不适，以后几天可维持或稍增加活动量，然后再增加运动量；如果前一天的活动量，引起次日关节症状加重或病情反复，则提示活动量过大或方式不当，应减少原活动量，待耐受性提高再行递增。同时，进行锻炼时要持之以恒，切忌急于求成或“三天打鱼两天晒网”。更不应该因锻炼时的轻度不适或疼痛而放弃治疗。

(3) 一个人的体疗项目不宜过多，一般只选 1～2 项。运动时动作要认真，思想要集中。

(4) 安排好作息时间，一般运动时间应以晨练为佳，不能到户外进行锻炼时，可以在室内或床上随时安排锻炼项目。

(5) 作被动运动时，操作者应动作缓慢而柔和，要有节律，避免冲击性，并逐渐增大被动活动范围，切忌进行超耐受或不当的锻炼，以免发生意外事故，如病理性骨折、关节脱位等。

[General Information]
书名=中西医结合专科病诊疗大系　　风湿病学
作者=
页数=473
SS号=10303680
出版日期=

封面页
书名页
版权页
前言页
目录页
上编　基础理论
第一章　概论
第一节　风湿病的概念
第二节　风湿病的分类
第三节　风湿病的临床特点
第四节　风湿病与中医痹病的关系
第二章　风湿病的生理学基础
第一节　结缔组织的特征和生理功能
第二节　胶原蛋白的生物合成和降解以
第三节　蛋白多糖的生物合成和降解
第四节　中医对风湿病生理学基础的认识
第三章　风湿病的免疫学基础
第一节　免疫系统
第二节　非特异性免疫
第三节　特异性免疫
第四节　各类免疫的相互关系
第五节　正常免疫反应和异常免疫反应
第六节　中医对风湿病免疫学基础的认识
第四章　风湿病的病理
第一节　风湿病的组织病理
第二节　风湿病的免疫病理——变态反应
第三节　中医对风湿病病理的认识
第五章　风湿病的诊断
第一节　西医诊法
第二节　中医诊法
中编　临床诊疗
第一章　类风湿性关节炎
第一节　概述
第二节　病因病理
第三节　诊断
第四节　治疗
第五节　预防
第二章　强直性脊柱炎
第一节　概述
第二节　病因病理
第三节　诊断
第四节　治疗
第五节　预防
第三章　风湿性关节炎
第一节　概述
第二节　病因病理
第三节　诊断
第四节　治疗
第五节　预防
第四章　骨关节病
第一节　概述
第二节　病因病理
第三节　诊断
第四节　治疗
第五节　预防
第五章　系统性红斑狼疮
第一节　概述
第二节　病因病理
第三节　诊断
第四节　治疗
第五节　预防
第六章　进行性系统性硬化症

第一节　概述
第二节　病因病理
第三节　诊断
第四节　治疗
第五节　预防
第七章　多发性肌炎和皮肌炎
第一节　概述
第二节　病因病理
第三节　诊断
第四节　治疗
第五节　预防
第八章　白塞氏病
第一节　概述
第二节　病因病理
第三节　诊断
第四节　治疗
第五节　预防
第九章　干燥综合征
第一节　概述
第二节　病因病理
第三节　诊断
第四节　治疗
第五节　预防
第十章　结节性多动脉炎
第一节　概述
第二节　病因病理
第三节　诊断
第四节　治疗
第五节　预防
第十一章　多发性大动脉炎
第一节　概述
第二节　病因病理
第三节　诊断
第四节　治疗
第五节　预防
第十二章　巨细胞动脉炎
第一节　概述
第二节　病因病理
第三节　诊断
第四节　治疗
第五节　预防
第十三章　痛风
第一节　概述
第二节　病因病理
第三节　诊断
第四节　治疗
第五节　预防
第十四章　脂膜炎
第一节　概述
第二节　病因病理
第三节　诊断
第四节　治疗
第五节　预防
第十五章　变应性亚败血症
第一节　概述
第二节　病因病理
第三节　诊断
第四节　治疗
第五节　预防
第十六章　重迭综合征
第一节　概述
第二节　病因病理

第三节　诊断
第四节　治疗
第五节　预防
下编　专题研究
一、常见风湿性疾病的早期诊断
二、风湿性疾病内脏损伤的特点和处理
三、常见风湿性疾病某些特殊情况的处理
四、抗风湿性药物在风湿性疾病中的应用
五、雷公藤的研究现状与应用
六、风湿性疾病的常用中医治法和中药
七、类风湿性关节炎治疗的几个重点
附录页